

Línea Telefónica Gratuita para Dejar de Fumar
FAX-FORMULARIO DE REFERENCIA DEL PACIENTE
Enviar Fax a: 1-800-261-6259



Fecha de hoy _____

El ser referido por fax a la Línea Gratuita para Dejar de Fumar (PA FREE Quitline) es para pacientes que están preparados para dejar de fumar en los próximos 30 días y están listos para recibir una llamada de la Línea Gratuita. Si ninguna de estas dos condiciones se cumple, al paciente se le puede proveer Quitline, o cualquier otro recurso de información sobre dejar de fumar.

PROVEEDOR(ES): Complete esta sección. (Escriba claramente en letra de molde.)

Nombre del Proveedor _____ Nombre del Contacto _____

Clínica/Hospital/Dept. _____ Correo electrónico _____

Dirección _____ Teléfono _____

Ciudad/Estado/Código Postal (Zip) _____ Fax _____

Marque casilla si el paciente tiene una de las siguientes condiciones: encinta tensión arterial alta descontrolada cardiopatía

Si ha marcado una casilla de arriba, por favor firme para autorizar a la Línea de Ayuda *PA FREE Quitline* a enviarle al cliente terapia de reemplazo de nicotina gratis sin receta si hay disponible. Si el proveedor no firma y el paciente tiene una de las condiciones listadas arriba, la Línea de Ayuda *PA FREE Quitline* no puede dispensarle medicación.

Firma del Proveedor _____

Favor Marcar El paciente acuerda con el proveedor el ser referido a la Línea de Ayuda *PA FREE Quitline*.

La Línea de Ayuda *Quitline* es una entidad que acata la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA). La Línea de Ayuda *Quitline* solo podrá compartir información sobre los resultados del servicio con usted, si usted verifica que su organización es una entidad cubierta por HIPAA, y que el uso de la información es solo para propósitos de tratamiento conforme lo permitido por la HIPAA.

Favor indicar si su entidad está cubierta por la HIPAA: Soy una entidad cubierta por la HIPAA _____ Sí _____ No

Si el paciente no está presente físicamente para extender su firma, se solicita al proveedor marcar la casilla para indicar que **el paciente dio su consentimiento verbal** para ser referido a la Línea de Ayuda *Quitline*.

PACIENTE: Complete esta sección. (Escriba claramente en letra de molde.)

Inicial

Si, estoy listo para dejarlo y solicito me llame un asesor de la Línea de Ayuda. Entiendo que la Línea de Ayuda *PA FREE Quitline* le informará al proveedor sobre mi participación. También doy permiso a *PA FREE Quitline* para compartir mi información con el Departamento de Salud de Pennsylvania. Esta información se mantendrá de forma confidencial y privada por el Departamento de Salud de Pennsylvania.

¿Mejor hora de llamar?(Marque todas las que aplican) Mañana (8-12) Tarde (12-5) Noche (5-9) Cualquier hora

[El ID mostrará 1-800-784-8669 (Quit-Now).] Lun Mart Mier Juev Vier fin semana Cualquier día

¿Podemos dejar un mensaje? Sí No

¿Tiene discapacidad auditiva y necesita ayuda? Sí No

Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____ Sexo H M

Nombre del Paciente (Apellido) _____ (Nombre) _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____

Código Postal (Zip) _____ Correo electrónico _____

Teléfono #1 () - _____ Teléfono #2 () - _____

Idioma Inglés Español Otro _____

Firma del Paciente _____ Date _____

PROVEEDOR: FAVOR ENVIAR FAX DE FORMULARIO COMPLETADO A: 1-800-261-6259

O enviar por correo a: PA FREE Quitline, c/o National Jewish Health®, 1400 Jackson St., S117A, Denver, CO 80206

Aviso de Confidencialidad: Este fax contiene información confidencial. Si lo ha recibido por error, por favor notificar al remitente inmediatamente por teléfono, y destruya el material. No revelar, divulgar, copiar o distribuir.