



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

TELÉFONO PRINCIPAL CASA TRAB CEL TELÉFONO SECUNDARIO CASA TRAB CEL

LANGUAGE 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.

____ Estoy listo para dejar el tabaco y pido que la Utah Tobacco Quit Line me contacte para ayudarme.
(Iniciales)

____ Yo **NO** autorizo que Utah Tobacco Quit Line me deje mensajes cuando me llame.
(Iniciales)** **Al no poner sus iniciales, usted está permitiendo que línea le deje un mensaje cuando le llame.**

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

Utah Tobacco Quit 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 durante el fin de semana 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): Teléfono Principal Teléfono Secundario