



FORMULARIO DE REFERIDO POR FAX DE DELAWARE PARA DEJAR DE FUMAR

SERVICIOS SOCIALES Y DE SALUD DE DELAWARE
División de Salud Pública
Programa para el Control y la Prevención del
Consumo de Tabaco

Una vez que lo complete, envíelo por fax a: 1-866-688-7577

Formulario de Referido por fax de Delaware para dejar de fumar

El referido por fax es para pacientes que están **dispuesto a dejar de fumar en los próximos 30 días y listo para aceptar una llamada de la Línea para dejar de fumar.** *Si alguna de estas las dos condiciones se aplica a usted, la opción ser referido por fax no es apropiado para usted en este momento.* En su lugar, facilítele al paciente información sobre la Línea para dejar de fumar u otros recursos sobre el tabaco.

PROVEEDOR

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR (por favor imprimir)

Fecha de envío del fax: ____/____/____

Nombre del facilidad: _____

Entidad cubierta por HIPAA (por favor marque uno): Sí No No lo sé

Proveedor de atención médica: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Fax: (____) _____ - _____ Teléfono: (____) _____ - _____

Comentarios (ej., el paciente tiene EPOC, diabetes, o cualquier información que pueda serle útil a la Línea para dejar de fumar):

PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (por favor imprimir) ¿Está embarazada? Sí No

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Teléfono: (____) _____ - _____ Teléfono alternativo: (____) _____ - _____

Idioma de preferencia (marque una opción): Inglés Otro: _____

Tipo de tabaco (marque el uso principal): Cigarrillos Tabaco para mascar/escupir Cigarros Pipa

(Iniciales) Estoy listo para dejar el tabaco y doy permiso que la Línea para dejar de fumar de Delaware que se comuniquen conmigo para que me ayuden con mi planes para de jar de fumar.

(Iniciales) NO autorizo a la Línea para dejar de fumar de Delaware a que me dejen un mensaje cuando traten de comunicarse conmigo.
Nota: Si no escribe sus iniciales, autorizará a la Línea para dejar de fumar de Delaware a que le deje un mensaje.

La Línea para dejar de fumar de Delaware lo llamará. La llamada será realizada por "Alere Wellbeing (anteriormente Free & Clear, Inc.)", código de área "206". Revise los horarios en que le convientes para ellos contractar lo a usted en las próximas **72 horas**. La Línea para dejar de fumar está disponible los 7 días de la semana:

8 a.m.–11 a.m. 11 a.m.– 2 p.m. 2 p.m.–5 p.m. 5 p.m.–8 p.m. 8 p.m.–11 p.m.

Nota: Todos los horarios son en la hora estándar del Este.

Comentarios (ej., no estoy disponible durante el fin de semana, prefiero que me llamen un martes o jueves, después de las 9 p.m., etc.):

Firma del paciente: _____ Fecha: ____/____/____

Aviso de confidencialidad: Este facsímil contiene información confidencial. Si usted recibió este facsímil por error, por favor notifique al remitente de inmediato por teléfono y elimine el material con discreción. No lo revise, divulgue, copie ni distribuya.