

Fax-to-Quit

Formulario de Fax de Referencia

Mande el formulario por fax al número: 1-866-QUIT-FAX
1-866-784-8329

Estampilla del Paciente, etiqueta Ó Nombre, número de record, fecha de nacimiento, fecha:

LISTA DE CHEQUEO PARA EL TRATAMIENTO DE TABACO

- ACONSEJE** al fumador para que deje de fumar. Consejo recomendado para dejar de fumar: **“Yo le recomiendo fervientemente que deje de fumar y le puedo ayudar.”**
 - EVALUE** la disposición de la persona para dejar de fumar: Dispuesto a dejarlo Piensa dejarlo No dispuesto a dejarlo
 - ASISTA** al fumador para dejar de fumar: Consejo breve Prescribir medicamentos cuando sea apropiado:
- Sustitutos de Nicotina (CIRCULE): parche goma de mascar pastilla inhalador spray nasal
Otros (CIRCULE): bupropion (Zyban® ó Wellbutrin SR®)
- ARREGLE** un seguimiento con el paciente: Diríjase a NYS Somoker’s Quitline al mandar esta página por fax (totalmente gratis) al numero **1-866-784-8329**

ORIGEN DE LA REFERENCIA

Referido por: Nombre (Por favor en letra de molde) _____	Teléfono (código de área + número) () _____ - _____
Grupo / Agencia Hospital / Organización _____	Fax (código de área + número) () _____ - _____
Dirección Número de calle / Ciudad / Estado / Código Postal _____	NO LLAMAR AL PACIENTE HASTA DESPUÉS DE (MM/DD/YY) _____ / _____ / _____

Mandar el reporte de progreso a (si diferente de la información arriba): Nombre (Por favor en letra de molde) _____	Teléfono (código de área + número) () _____ - _____
Grupo / Agencia Hospital / Organización _____	Fax (código de área + número) () _____ - _____
Dirección Número de calle / Ciudad / Estado / Código Postal _____	

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del Paciente (Por favor en letra de molde) _____	Fecha de nacimiento (mm/dd/yy) _____ / _____ / _____
Nombre: _____ Apellido: _____	
Teléfono (código de área + número): () _____ - _____	Podemos dejar mensaje? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Mejor hora para llamar: _____	Idioma: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español
<input type="checkbox"/> Mañana (9:00am hasta mediodía) <input type="checkbox"/> Tarde (Mediodía hasta 5:00pm) <input type="checkbox"/> Noche (5:00pm hasta 9:00pm)	
Dirección - Número de calle: _____	Seguro Médico: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Ciudad: _____ Código Postal: _____	
E-mail: _____ @ _____	Compañía de Seguros: _____
	Si tiene Medicaid, Numero de Identificación: _____

PERMISO

Yo (el que firma) autorizo al staff de apoyo de la Línea Para Dejar de Fumar del estado de Nueva York para contactarme, aconsejarme para dejar de fumar, y dar feedback en cuanto a mí progreso a la compañía de seguros que esta escrita arriba, al igual que permiso para ese proveedor de seguros para transmitir la información a otros proveedores de seguro médico.

Firma del paciente (ó del Agente si la autorización fue verbal). Firma es requerida para llamar al paciente.	Fecha _____ / _____ / _____
--	-----------------------------