

Mississippi tobaccoQUITLINE 1.800.QUITNOW

1.800.784.8669

Remisión de fax/Formulario de consentimiento Mississippi Tobacco Quitline (1-855-335-3569)

Información del proveedor de servicios médicos - Imprima por favor		
Proveedor de servicios médicos (nombre, apellido, título):		
Organización/Clinica nombre completo:		
Organización:	<input type="checkbox"/> Departamento de Salud	<input type="checkbox"/> Hospital
	<input type="checkbox"/> Clinica	<input type="checkbox"/> Otro
Tipo de práctica:	<input type="checkbox"/> OB-GYN (Ginecólogo/a)	<input type="checkbox"/> Medicina de Familia
	<input type="checkbox"/> Pediatra	<input type="checkbox"/> Otro
Número de fax: () -	Atención:	
Teléfono: () -	Correo electrónico:	
¿Usted ha discutido el programa para dejar el tabaco con su paciente? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
¿IQH podría proveer terapia de reemplazo de nicotina a este paciente? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Información del paciente - Imprima por favor		
Nombre:	Apellido:	Inicial:
Dirección:	Ciudad:	Estado / Código postal:
Teléfono: () -	Correo electrónico:	
¿Es posible dejar un mensaje?: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Idioma de preferencia: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro :	
Los empleados del Mississippi Tobacco Quitline pueden contactarme durante las siguientes horas (marque las horas que apliquen): <input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noche		
Autorizo al Mississippi Tobacco Quitline a contactarme y proveer seguimiento a mi proveedor de servicios médicos: <div style="border-top: 1px solid black; width: 80%; margin-left: auto; margin-right: 0;"></div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;">(Firma del paciente)</div>		

Complete el documento y envíelo via fax al: **(601) 899-8650/1-800-692-9023** or referrals@iqhquitline.com

Financiamiento provisto por Mississippi State Department of Health, Office of Tobacco Control

Notificación de confidencialidad: La información que contiene este facsímil puede ser confidencial y tiene privilegio legal. Es destinado solamente para el individuo aquí mencionado. Si usted no es el destinatario de este documento, usted esta siendo notificado que la divulgación copia, distribución o tomar acción en relación al contenido de este facsímil -con excepción de enviarlo al destinatario- esta estrictamente prohibido. Si usted ha recibido este facsímil por error, por favor notifique al remitente inmediatamente y destruya la pagina de portada en conjunto con el contenido y borre la información de su sistema, si aplica.

Duplicación permitida o Descargar este formulario en www.quitlinems.com