



QUITLINE IOWA
 1 800 QUIT NOW | 1 800 784 8669

Quitline Iowa Fax Forma
Fax to: 800-261-6259

Fecha _____

Información del participante (IMPRIMA CLARAMENTE)

Nombre _____ , _____ <small>(Nombre) (Apellido)</small>	Fecha de nacimiento _____ Género <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M
<p><i>Inicial</i> _____ Estoy listo para dejar el tabaco y pido al Quitline Iowa que me ayude con mis planes para dejar de fumar. Entiendo que el Quitline Iowa informará a mi proveedor acerca de mi participación y los resultados.</p> <p>Firma paciente _____ Fecha _____ <i>Este permiso será válido por un año, después de la fecha arriba señalada</i></p>	
Dirección _____ Ciudad _____, IA Código postal _____	
Teléfono #1 (____) _____ - _____ #2 (____) _____ - _____	
¿Cual es la mejor hora para llamarle? <input type="checkbox"/> mañana <input type="checkbox"/> tarde <input type="checkbox"/> noche <input type="checkbox"/> fin de semana ¿Podemos dejar un mensaje? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Necesita aparato de telecomunicación para sordos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Idioma <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español; Otro _____ Correo electrónico _____	

Información del Proveedor (IMPRIMA CLARAMENTE)

Nombre del proveedor _____	Nombre del contacto _____
Clínica/Hosp/Dept _____	Correo electrónico _____
Dirección _____	Teléfono (____) _____ - _____
Ciudad/Estado/Código postal _____	Fax (____) _____ - _____
<p>El consentimiento del proveedor es requerido para proporcionar terapia de reemplazo de nicotina (NRT) a individuos que tienen ciertas condiciones médicas o están embarazadas.</p> <p>Por favor firme aquí, si el paciente puede utilizar NRT. _____ <small style="display: inline-block; width: 150px;"></small> <i>Firma del proveedor</i> <small style="display: inline-block; width: 100px;"></small> <i>Fecha</i></p>	
Comentarios _____	

COMPLETE POR FAVOR FORMA Y FAX O MANDE POR CORREO A

FAX 1-800-261-6259

Quitline Iowa
National Jewish Medical and Research Center
1400 Jackson St., M302
Denver, CO 80206

Nota de confidencialidad: Este facsímil contiene información confidencial. Si usted ha recibido esto por error, notifique por favor al emisor inmediatamente por teléfono y deshágase confidencialmente del material. No revise, revele copie o distribuya.