

FECHA DEL FAX: ____/____/____

Información del proveedor:

NOMBRE DE LA CLÍNICA **CÓDIGO POSTAL DE LA CLÍNICA**

PROVEEDOR DE SERVICIOS MÉDICOS

NOMBRE DEL CONTACTO

NÚMERO DE FAX **NÚMERO DE TELÉFONO**

ISOMOS UNA ENTIDAD CUBIERTA POR HIPAA (POR FAVOR MARQUE UNA RESPUESTA) sí NO NO SÉ

Información del paciente:

NOMBRE DEL PACIENTE **FECHA DE NACIMIENTO** **GÉNERO** MASCULINO FEMENINO

DOMICILIO **CIUDAD** **CÓDIGO POSTAL**

NÚMERO DE TELÉFONO PRINCIPAL **HOGAR / TRABAJO / MÓVIL** **NÚMERO DE TELÉFONO SECUNDARIO** **HOGAR / TRABAJO / MÓVIL**

IDIOMA PREFERIDO (POR FAVOR MARQUE UNO) INGLÉS ESPAÑOL OTRO:

____ Estoy listo/a para dejar el tabaco y pido que Quitline Iowa se comunique con migo para ayudarme con mi plan para dejarlo.
(Iniciales)

____ **NO** doy permiso para que Quitline Iowa me deje un mensaje cuando se comunique con migo.
(Iniciales) **** Si no escribe sus iniciales, está dando su autorización para que Quitline le deje un mensaje.**

FIRMA DEL PACIENTE _____ **FECHA:** ____/____/____

Quitline Iowa le llamará. Por favor marque el MEJOR horario para que un representante se comunique con usted.
IMPORTANTE: El programa de Quitline está abierto 7 días a la semana. Las llamadas hechas durante los fines de semana podrian hacerse durante otros horarios diferentes al periodo de 3 horas que seleccione.

- 6AM a 9AM 9AM a 12PM 12PM a 3PM 3PM a 6PM 6PM a 9PM

DURANTE DE ESTE PERIODO DE 3 HORAS, POR FAVOR LLÁMENME AL (MARQUE UNO): Núm. principal Núm. secundario

Aviso de confidencialidad: Este fax contiene información confidencial. Si lo recibió por error, por favor avísele de inmediato por teléfono a la persona que lo envió y deseche el documento de manera confidencial. **No lo revise, publique, copie o distribuya.**