

FECHA DE ENVÍO: ____/____/____

Información del proveedor de servicios médicos:

NOMBRE DE LA CLÍNICA CÓDIGO POSTAL

NOMBRE DEL PROVEEDOR

NOMBRE DEL CONTACTO

FAX TELÉFONO

SOY UNA ENTIDAD CUBIERTA POR HIPPA (POR FAVOR MARQUE UNA) SÍ NO NO SÉ

Información del paciente:

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE FECHA DE NACIMIENTO GÉNERO M F

DIRECCIÓN CIUDAD CÓDIGO POSTAL

PRIMER TELÉFONO CASA TRAB CEL SEGUNDO TELÉFONO CASA TRAB CEL

LANGUAGE DE PREFERENCIA (POR FAVOR MARQUE UNO) INGLÉS ESPAÑOL OTRO

____ Estoy listo para dejar el tabaco y pido que la Oregon Tobacco Quit Line me contacte para ayudarme.
 (Iniciales)

____ Yo **NO** autorizo a Oregon Tobacco Quit Line de dejar un mensaje cuando me contacte.
 (Iniciales) **** Por no poner sus iniciales, usted está dando su permiso para la línea dejar un mensaje.**

FIRMA DEL PARTICIPANTE: _____ FECHA: ____/____/____

Oregon Tobacco Quit Line le llamará. Por favor marque el mejor horario para llamarle. **NOTA: La línea para dejar el tabaco trabaja los 7 días de la semana. Las llamadas que se realizen en Sábado o Domingo con el fin de localizarle, podrían estar fuera del horario que usted marcó.**

6AM – 9AM 9AM – 12PM 12PM – 3PM 3PM – 6PM 6PM – 9PM

FAVOR DE LLAMARME DENTRO DEL HORARIO MARCADO AL (MARQUE UNO): Primer Teléfono Segundo Teléfono

© 2011 Alere. Todos derechos reservados.

Notificación de Confidencialidad: Este facsímil contiene información confidencial. Si Ud. lo ha recibido por error, por favor notifique al remitente inmediatamente por teléfono y deshágase de los materials confidencialmente. **No los modifique, revele, fotocopie o distribuya.**