



Número de Fax: 1-800-483-3114

Número de el/la paciente: _____

Información del proveedor

Fecha en que envió el fax: ____/____/____

Nombre de la clínica: _____

Nombre del hospital: _____

Proveedor de servicios de salud: _____

Nombre de contacto: _____

Nuestra facilidad es cubierta por HIPAA (marque uno): Sí No No Sé

Fax: (____)-____-____

Teléfono: (____)-____-____

Comentarios:

Información de el/la paciente Sexo: ____ masculino / ____ femenino ¿Embarazada? ____ Sí ____ No

Nombre de el/la paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono de casa: (____) ____-____ Teléfono de trabajo: (____) ____-____ Celular: (____) ____-____

Preferencia de idioma (marque uno): Inglés Español Otro- _____

¿Qué clase de tabaco usa? (Marque el que usa más) Cigarrillo Tabaco sin humo Cigarro/puro Pipa

_____ Estoy listo/a para dejar de usar tabaco y quiero que la Línea de Ayuda para Usuarios de Tabaco en (I iniciales) Carolina del Norte me llame para ayudarme con un plan para dejar.

_____ NO quiero que alguien de la Línea de Ayuda para Usuarios de Tabaco en Carolina del Norte me deje (I iniciales) un mensaje cuando me llame.

Firma de el/la paciente: _____ Fecha: ____/____/____

La línea de Ayuda para Usuarios de Tabaco en Carolina del Norte lo llamará. Por favor, marque el MEJOR tiempo para llamarlo. OJO: La línea está abierta los 7 días de la semana; las llamadas durante los fines de semana pueden ser realizadas durante otras horas.

8am – 12am 12am - 3pm 6pm – 9pm 9pm – 12pm

Dentro de esas tres horas, por favor llámeme a (marque uno): casa/ trabajo/ celular