



TOBACCO
REDUCTION
AND
PREVENTION

FORMULARIO DE RECOMENDACIÓN POR FAX

Enviar por fax al: 1-800-261-6259

Fecha de hoy _____

Utilice este formulario para recomendar a **Michigan Tobacco QuitLine** a aquellos pacientes que estén listos para dejar el tabaco en los próximos 30 días.

PROVEEDOR(ES): Complete esta sección

Nombre del proveedor _____ Nombre del contacto _____

Clínica/Hospital/Departamento _____ Correo electrónico _____

Domicilio _____ Teléfono () - _____

Ciudad/Estado/Código postal _____ Fax () - _____

¿Tiene el paciente alguna de las siguientes condiciones? embarazada presión arterial alta no controlada enfermedad cardíaca

Si sí, por favor firme para autorizar al programa de Michigan Tobacco Quitline para que le envíe al paciente terapia gratuita y sin receta médica para reemplazar la nicotina, de estar disponible. Si la autorización no se envía firmada por el proveedor, y el paciente tiene cualquiera de las condiciones mencionadas arriba, Michigan Tobacco Quitline no puede proporcionar los medicamentos.

Firma del proveedor _____

Marque por favor: El paciente aceptó con el proveedor médico que lo/la recomendáramos a Michigan Tobacco Quitline.

PACIENTE: Complete esta sección

____ Sí, estoy listo/a para dejar el tabaco y quiero que un asesor me llame. Entiendo que Michigan Tobacco Quitline podría *Iniciales* informarle a mi proveedor sobre mi participación en el programa.

¿Mejor hora para llamar? mañana tarde noche fin de semana

¿Podemos dejarle un mensaje? Sí No

¿Tiene dificultades para oír y necesita ayuda? Sí No

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Género M F

Nombre del paciente (Apellido) _____ (Nombre) _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____

Código postal _____ E-mail _____

Teléfono #1 () - _____ Tel. #2 () - _____

Idioma Inglés Español Otro _____

Firma del paciente _____ Fecha _____

POR FAVOR ENVÍE EL FORMULARIO POR FAX AL: 1-800-261-6259

O por correo postal a: Michigan Tobacco Quitline., c/o National Jewish Health®, 1400 Jackson St., S117A, Denver, CO 80206

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.