**FECHA DE ENVÍO:** \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

Información del proveedor de servicios médicos:

**NOMBRE DE LA CLÍNICA, EL CONSULTORIO, LA FARMACIA O EL HOSPITAL CÓDIGO POSTAL**

**OBLIGATORIO: SOY UNA ENTIDAD CUBIERTA POR HIPAA (POR FAVOR MARQUE UNA)** SÍ NO NO SÉ

**NOMBRE DEL PROVEEDOR QUE REFIERE, p. ej., PROFESIONAL CLÍNICO, PROFESIONAL DE ATENCIÓN DE LA SALUD**

**NOMBRE DEL CONTACTO**

**FAX TELÉFONO**

Información del patiente:

**NOMBRE COMPLETO DEL PATIENTE FECHA DE NACIMIENTO IDENTIDAD DE GÉNERO**

**DIRECCIÓN CIUDAD CÓDIGO POSTAL**

**PRIMER TELÉFONO CASA TRAB CEL SEGUNDO TELÉFONO CASA TRAB CEL**

**IDIOMA PREFERIDO NOTAS: MEDICAMENTOS ACTUALES PARA DEJAR EL TABACO**

Al participar en este programa, entiendo que los resultados de mi información tal vez sean compartidos con mi proveedor de salud para ayudar con mi tratamiento.

\_\_\_\_\_ 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 sema****n****a. Las llamadas que se realizen en Sábado o Domingo con el fin de localizarle, podrían estar fuera del horario que usted marcó.***

 **8AM – 9PM 9AM – 12PM 12PM – 3PM 3PM – 6PM 6PM – 9PM**

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