



Formulario de referencia por fax para los servicios para dejar de fumar (QUIT)
Número de fax: 1-800-483-3114 (actualizar si es un número personalizado)

Información del centro y del proveedor de atención médica quien hace la referencia:

<input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Otro			<input type="checkbox"/> Certifico que soy una entidad cubierta por HIPAA		
Nombre del centro			Departamento		
Número de fax		Número de teléfono		NPI (Identificador de Proveedor Nacional) del centro	
Dirección			Código postal	Condado	
Profesional de atención médica que hace la remisión					
Correo electrónico			Número de Identificador de Proveedor Nacional (NPI)		
¿Te gustaría recibir un informe de resultados sobre si el paciente inscrito fue denegado o no se lo pudo contactar?					
(Por favor selecciona tu método de contacto favorito)					
<input type="checkbox"/> Quiero que me envíen por correo electrónico los informes de resultados <input type="checkbox"/> Quiero que me envíen por fax los informes de resultados					
<input type="checkbox"/> No quiero que me envíen los informes de resultados					
Usa esta sección para autorizar previamente la NRT					
*Nota: como los pacientes tienen beneficios distintos, usar este formulario no garantiza que recibirán medicamentos para dejar de fumar gratuitos.					
Por favor, marca la casilla para autorizar previamente la NRT: <input type="checkbox"/> Autorizo el uso de cualquier modalidad de NRT para la cual mi paciente tiene cobertura en la dosis consistente con la FDA					
Nombre del proveedor (en letra de imprenta)			Firma del proveedor		

Información de contacto de referencia

Aceptas que te llamemos al número de teléfono provisto. Ten en cuenta que las llamadas pueden ser automatizadas. Algunos mensajes pueden ser pregrabados.

Nombre de pila		Segundo nombre		Apellido	
Estado	Código postal	Número de teléfono		Fecha de nacimiento	
Idioma de preferencia: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro					
¿Podemos enviar mensajes de texto a este número? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Casilla de firma del paciente				Fecha	
Mejor horario para comunicarnos:	¿Cuál es la mejor hora para llamarte durante la semana? <input type="checkbox"/> Mañanas (de 8 a.m. a 12 p.m.) <input type="checkbox"/> Tardes (de 12 p.m. a 4 p.m.) <input type="checkbox"/> Noches (de 4 p.m. a 8 p.m.)		¿Cuál es la mejor hora para llamarte los fines de semana? <input type="checkbox"/> Mañanas (de 8 a.m. a 12 p.m.) <input type="checkbox"/> Tardes (de 12 p.m. a 4 p.m.) <input type="checkbox"/> Noches (de 4 p.m. a 8 p.m.)		

© 2022 Todos los derechos reservados. Vuelto a imprimir con permiso del propietario de los derechos de autor. Todas las marcas comerciales son de sus respectivos propietarios.

Aviso de confidencialidad: este facsímil o formulario transmitido electrónicamente contiene información confidencial. Si has recibido este facsímil/formulario transmitido electrónicamente por error, por favor, notifica al remitente inmediatamente por teléfono y elimina el material en forma confidencial. No lo revises, divulgues, copies ni distribuyas.