

I. Información sobre el proveedor **(Obligatoria)** *El proveedor llena esta sección*

Entidad (ej. hospital, Departamento de Salud, oficina médica): _____
 Unidad (ej. departamento de hospital, programa, sucursal): _____
 Nombre del proveedor (ej. médico, profesional clínico): _____
 Persona principal de contacto: _____ Email: _____
 Teléfono: _____ Fax: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Florida Quitline es una entidad que cumple con la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos, HIPAA por sus siglas en inglés). Florida Quitline solamente podrá compartir los resultados del servicio contigo si confirmas que tu entidad está amparada por la política de HIPAA y que el uso de información solamente es para fines de tratamiento, tal y como lo permite HIPAA. Favor marcar una de las casillas a continuación:

Mi entidad está amparada por HIPAA: Sí No

II. Información sobre el paciente **(Obligatoria)** *El paciente llena esta sección*

Nombre del paciente _____ Apellido del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____
 Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: _____
 Número de teléfono ppal.: _____ Número de teléfono alternativo: _____

La mejor hora para llamarte: *(marca uno)*

Mañana: 8 a.m. a 12 Tarde: 12 a 5 p.m. Noche: 5 a 9 p.m.

¿Podemos dejarte un mensaje en el contestador? *(marca uno)*




Sí No

Mi firma autoriza a que el profesional actuante envíe este formulario a un representante de Tobacco Free Florida. Entiendo que me llamarán la próxima semana.

Firma

del paciente: _____ Fecha: _____

Elección de programa: Marca UNA casilla a continuación. El proveedor enviará este formulario por fax o por email al programa que elijas.

- | | | |
|--------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> |  Asiste a una clase en grupo | Fax: 1-888-975-1534 Email: ahectobacco@health.usf.edu |
| <input type="checkbox"/> |  Habla por teléfono con un Quit Coach | Fax: 1-866-688-7577 Email: supportservices@optum.com |
| <input type="checkbox"/> |  Usa un programa por Internet | Fax: 1-866-688-7577 Email: supportservices@optum.com |

Opciones del Programa de Tobacco Free Florida



En Grupo

- Regístrate y asiste a una sesión con personal entrenado y otras personas que, como tú, quieren dejar de fumar.
- A cargo de un especialista entrenado
 - Parches de nicotina, chicle o caramelos para 2 a 4 semanas
 - Horarios y sitios convenientes
 - Grupo de apoyo



Por Teléfono

- Un Quit Coach® espera tu llamada para ayudarte a lograr una vida libre de tabaco.
- Quit Coach®, 24/7
 - Parches de nicotina o chicle para 2 semanas
 - Plan personalizado
 - 3 llamadas del Quit Coach®
 - 1-877-U-CAN-NOW (1-877-822-6669)



En Línea

- Obten acceso a Web Quit, donde obtendras parches de nicotina y chicles para 2 semanas, un indicador de tu progreso y biogs donde podras compartir tu historia.
- Disponible 24/7
 - Parches de nicotina o chicle para 2 semanas
 - Sigue tu progreso
 - Biogs



Más Herramientas De Ayuda

- ¡Espera! Ofrecemos más herramientas para ayudarte a dar ese paso inicial. Elige las que necesites. O úsalas conjuntamente con los servicios por teléfono, en grupo y en línea.
- Disponible 24/7
 - Parches de nicotina o chicle para 2 semanas
 - Apoyo con mensajes de texto
 - Quit Guide y correos electrónicos útiles

¿Necesitas más información sobre los programas disponibles? Visita www.tobaccofreeflorida.com

Instrucciones para el envío del formulario de referencia

- I. Información del proveedor:** El proveedor debe completar esta sección. Proporciona la información pertinente sobre tu organización (nombre de la entidad, departamento o unidad, y nombres del profesional de la salud, si fuere pertinente). Puedes guiarte por los ejemplos que aparecen a continuación:

Entidad	Departamento	Profesional
<i>Hospital, entidad gubernamental, nombre de la consulta privada, etc.</i>	<i>Departamento del hospital, programa, unidad, etc.</i>	<i>Nombre del médico o profesional de la medicina.</i>
Jane J. Doe D.O., LLC		Jane J. Doe D.O.
ABC Primary Clinics	ENT Department	
John Hopkins Hospital	Comprehensive Rehab Unit	John Mackey, M.D.
ABC County Health Department	Healthy Start Program	
South Shore Cancer Center	Oncology Clinic	

- II. Información del paciente:** el paciente deberá proveer su información de contacto.

Selección de programa: el paciente deberá seleccionar UN programa de la lista.

- El proveedor deberá enviar por fax o por correo electrónico el formulario lleno al programa que el paciente seleccione.
- Si el formulario se envía a la clase de grupo, el paciente recibirá una llamada del centro educativo AHEC de su condado para inscribirlo en un curso.
- Si el formulario se envía al programa telefónico o al programa por Internet, el paciente recibirá una llamada de un entrenador (Quit Coach) para inscribirlo en el programa que haya seleccionado.