

Formulario de Referencia Médica de Florida Hecha por Fax

✓ **MARCA UNA DE LAS CASILLAS A CONTINUACIÓN**

En Persona



El paciente quiere ayuda local en persona

Online



El paciente quiere ayuda por Internet

Teléfono



El paciente quiere comunicarse por teléfono

Imprime la Información Provista a Continuación

Sección del Profesional

Profesional que Refiere: _____ Nombre de la Organización: _____
Nombre del Departamento: _____ Persona Principal de Contacto: _____
Email: _____ Teléfono: _____ Fax: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: Florida Cód. Postal: _____
Fax Enviado por: _____ y Número de Contacto: _____

Florida Quitline es una entidad que obra de acuerdo con la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA por sus siglas en inglés). Florida Quitline sólo podrá compartir con usted información sobre los resultados del servicio si usted confirma que su organización es una entidad amparada por HIPAA y que el uso de dicha información será con fines de tratamiento, como lo autoriza HIPAA.

Por favor, indique si usted pertenece a una entidad amparada por HIPAA:

Pertenezco a una Entidad Amparada por HIPAA S N

Sección del Paciente

Nombre del Paciente: _____ Apellido del Paciente: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: Florida Código Postal: _____
Email: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____
Número de Teléfono Principal: _____ Número de Teléfono Alternativo: _____
Por favor, llámenme por la: Mañana: 8am a Mediodía Tarde: Mediodía a las 5 p.m. Noche: 5 a 9 p.m.
¿Podemos dejarte un mensaje en el contestador? Sí No
¿Autorizas que los detalles de tu participación sean enviados a tu profesional?
 Sí lo autorizo No lo autorizo

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

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Instrucciones de Entrega

Si marcaste **En Persona**, envía el formulario por fax al **1-888-975-1534**

o por email a ahectobacco@health.usf.edu

Si preferiste **Online** o por **Teléfono**, envía este formulario por fax

al **1-866-688-7577** o por email a supportservices@alere.com

