**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 con usted si confirma que su 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: |  | | |
| Email: |  | | | | | | | | | |
| Número de teléfono ppal.: | | |  | | Número de teléfono alternativo: | | |  | | |

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

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

¿Podemos dejarle 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 dentro de 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 elija.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Asiste a una clase en grupo | ***Fax:*** *1-888-975-1534* | ***Email:*** *tobacco@ahec.ufl.edu* |
|  | Habla por teléfono con un Quit Coach | ***Fax:*** *1-866-688-7577* | ***Email:*** *supportservices@optum.com* |
|  | Usa un programa por Internet | ***Fax:*** *1-866-688-7577* | ***Email:*** *supportservices@optum.com* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Opciones del Programa de Tobacco Free Florida** | | |
| **En Grupo**  Registrate y asiste a una sesión con personal entrenado y otras personas que, como tú, quieren dejar el tabaco.   * A cargo de un especialista entrenado * De 2 a 4 semanas de parches de nicotina, chicles o caramelos * 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**  Acceso a herramientas, consejos y apoyo en línea para ayudarte a dejar al tabaco.   * Quit Coach® 24/7 * Parches de nicotina o chicle para 2 semanas * Sigue tu progreso * Blogs |
| ***¿Necesita más información sobre los programas disponibles? Visita*** [*http://www.tobaccofreeflorida.com/quityourway*](http://www.tobaccofreeflorida.com/quityourway) | | |

Instrucciones para el envío del formulario de referencia

I. Información del proveedor: El proveedor debe completar esta sección. Proporciona la información pertinente sobre su organización (nombre de la entidad, departamento o unidad, y nombres de los profesionales de la salud, si fuere pertinente). Puede guiarle por los ejemplos que aparecen abajo:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Entidad  *Hospital, entidad gubernamental, nombre de la consulta privada, etc.* | Departamento  *Departamento del hospital, programa, unidad, etc.* | Profesional  *Nombre del médico o profesional de la medicina.* |
| 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.