**I. Información sobre el proveedor (Obligatoria)** *El proveedor llena esta sección. Ver ejemplos al reverso.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **HOSPITAL** | | | | | | **NO HOSPITAL** | | | | | | | | |
| Sistema de salud: | |  | | | Sistema de salud: | | | | |  | | | | |
| Nombre del hospital: | |  | | | Clínica/Agencia: | | | | |  | | | | |
| Departamento: | |  | | | Dept./Ubicación: | | | | |  | | | | |
| Nombre del proveedor: | |  | | | Nombre del proveedor: | | | | |  | | | | |
| Persona principal de contacto: | | |  | | | | Email: | |  | | | | | |
| Teléfono: |  | | | Fax: | | | |  | | | | | | |
| Dirección: |  | | | Ciudad: | | | |  | | | Estado:: |  | Código Postal: |  |
| Mi entidad está amparada por HIPAA y quiero un informe de retroalimentación:  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 (ver descripciones de los programas al reverso). 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* |

Instrucciones para el envío del formulario de referencia

1. Información sobre el proveedor: El proveedor debe completar esta sección. Ejemplos aparecen abajo:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Hospitales | Ejemplo 1 | Ejemplo 2 | Ejemplo 3 |
| Sistema de salud: | UF Health | Memorial Healthcare System | FlaglerHealth+ |
| Nombre del hospital: | Shands Hospital | Memorial Hospital Pembroke | Flagler Hospital |
| Departamento: | Internal Medicine | Respiratory Therapy | Cardiopulmonary |
| Nombre del proveedor: | John Doe |  | Jane Smith |
| No hospitales | Ejemplo 1 | Ejemplo 2 | Ejemplo 3 |
| Organización paraguas: |  |  | AdventHealth |
| Clínica/Agencia: | Walgreens | Santa Rosa County Health Department | Cardiopulmonary |
| Dept./Ubicación: | #1234 |  | Daytona Beach |
| Nombre del proveedor: | John Doe | Jane Doe | Jane Smith |

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 o virtual, 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.

|  |  |
| --- | --- |
| **En Grupo**  Regístrate 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, chicles o tabletas de nicotina * Horarios y sitios convenientes * Apoyo grupal | **Por Teléfono**  Un Quit Coach® espera tu llamada para ayudarte a lograr una vida libre de tabaco.   * Quit Coach® 24/7 * Parches, chicles, o tabletas de nicotina para 2 semanas * Plan personalizado * 3 llamadas del Quit Coach® * 1-855-DÉJELO-YA (1-855-335-3569) |
| ***¿Necesita más información sobre los programas disponibles? Visita*** <https://tobaccofreeflorida.com/es/como-dejar-el-tabaco/programas-para-dejar-de-fumar/> | | | |