**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/>  |