

Formulario de Derivación del Proveedor de Atención Médica - Tobacco Free Florida



Información del Proveedor *Necesario Lo rellena el proveedor. Ver ejemplos al dorso.

Tipo de centro: ☐ Hospital ☐ No hospital

Nombre del centro*		Departamento	
NPI del centro (Identificación Nacional de Proveedores)		Proveedor remitente	
NPI del Proveedor (Identificación Nacional de Proveedores)		Persona de contacto principal	
Domicilio*		Ciudad*	Estado*
Código Postal*	Condado	Fax	
Correo electrónico		Número telefónico*	
Certifico que soy una entidad cubierta por la HIPAA ☐ Sí ☐ No		Would you like an Outcome Report? ☐ Sí ☐ No	

Utilice esta sección para la autorización previa de la NRT

Nota: Mientras Tobacco Free Florida ofrece medicamentos gratis para terminar de fumar a pacientes, usando esta forma o aplicación no garantiza que ellos o ellas reciban los medicamentos gratis para terminar de fumar.

Marque la casilla para la ☐ Autorizo el uso de cualquier modalidad de NRT para la que mi paciente tenga cobertura en dosis autorización previa de la NRT: ☐ coherentes con el etiquetado del envase aprobado por la FDA.

Nombre del proveedor (Con letras de imprenta)	Firma del proveedor
--	---------------------

Información del Paciente *Necesario Lo rellena el paciente.

Nombre*	Segundo nombre	Apellido*
Domicilio*	Ciudad*	
Estado*	Código Postal*	Condado*
Mejor número telefónico*	Correo electrónico	Fecha de nacimiento*
El mejor horario para llamarlo: (marque uno) ☐ Mañana: 8am-Mediodía ☐ Anochece: 5pm-9pm ☐ Tarde: Mediodía-5pm ☐ En cualquier momento		
¿Podemos dejar un correo de voz? ☐ Sí ☐ No		
¿Podemos enviar mensajes de texto a este número? ☐ Sí ☐ No		
Preferencia de idioma: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro		
Firma del paciente*	Fecha*	

Elección del programa: marque UNA de las siguientes casillas (ver las descripciones del programa al dorso). Luego, el proveedor enviará este formulario por fax o correo electrónico al programa mencionado a continuación.

☐ Asistir a una clase grupal presencial o virtual (Dejar de fumar mediante el grupo de ayuda)	Fax: 1-888-975-1534 Correo electrónico: tobacco@ahcc.ufl.edu
☐ Hablar con un entrenador de manera individual (Dejar de fumar por teléfono)	Fax: 1-800-483-3114
☐ Asistencia del entrenador por mensaje de texto o chat (Dejar de fumar vía web)	Fax: 1-800-483-3114

Versión 20, Revisada agosto de 2024

Formulario de Derivación del Proveedor de Atención Médica a Tobacco Free Florida



Indicaciones para el Envío del Formulario de Derivación

I. Información del proveedor: El proveedor rellena esta sección. A continuación se mencionan ejemplos:

Ejemplo 1			
Tipo de centro: ☒ Hospital ☐ No hospital			
Nombre del centro*	UF Health-Shands Hospital	Departamento	Internal medicine
NPI del centro (Identificación Nacional de Proveedores)	2526272829	Proveedor remitente	John Doe
NPI del Proveedor (Identificación Nacional de Proveedores)	3031323435	Persona de contacto principal	Jane Doe

Ejemplo 2			
Tipo de centro: ☐ Hospital ☒ No hospital			
Nombre del centro*	Walgreens	Departamento	#1234
NPI del centro (Identificación Nacional de Proveedores)	1516171819	Proveedor remitente	Jane Smith
NPI del Proveedor (Identificación Nacional de Proveedores)	2021222324	Persona de contacto principal	John Smith

II. Información del paciente: El paciente proporciona su información de contacto.

Opción de programa: El paciente debe seleccionar UN programa de la lista.

- El proveedor debe enviar por fax o correo electrónico los formularios completos al programa seleccionado por el paciente.
- Si la derivación se envía a la clase grupal virtual o grupal presencial, el Centro de Educación de Salud del Área de Florida (AHEC, por sus siglas en inglés) que atiende en el condado del paciente llamará al paciente para programarle un curso.
- Si la derivación se envía al programa telefónico, un consejero para dejar de fumar Quit Coah llamará al paciente para inscribirlo en su programa preferido.

Opciones del Programa de Tobacco Free Florida		
Dejar de fumar mediante el grupo de ayuda	Dejar de fumar por teléfono	Dejar de fumar vía web
Inscríbase para una sesión con moderadores capacitados junto con otras personas que, como usted, desean dejar de fumar. • Guiado por un especialista capacitado • Suministro gratuito de NRT para dos a cuatro semanas (parches, goma de mascar o tabletas, etc.) • Horarios y ubicaciones convenientes • Apoyo de grupo presencial o virtual	Apoyo personal, herramientas y servicios por teléfono, además de acceso a un panel de control en línea para mejorar los resultados del abandono del hábito de fumar. • Tres sesiones individuales con un entrenador por teléfono, mensaje de texto o chat • Apoyo directo ilimitado por teléfono, mensaje de texto o chat • Apoyo automático de mensajes de texto • Acceso a un panel de control en línea • Cuatro semanas de combinado de NRT gratuito (parches, goma de mascar o tabletas, etc.) 1-877-U-CAN-NOW (1-877-822-6669)	Apoyo en directo del entrenador por mensaje de texto o chat, además de acceso a un panel de control en línea • Apoyo en directo del entrenador por mensaje de texto o chat • Apoyo automático de mensajes de texto • Acceso a un panel de control en línea • Cuatro semanas de combinado de NRT gratuito (parches, goma de mascar o tabletas, etc.)

¿Necesita más información sobre los programas disponibles? Visite: www.tobaccofreeflorida.com/quityourway