



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

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>HOSPITAL</b>   | <input type="checkbox"/> <b>NO HOSPITAL</b>      |
| 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: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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: <i>(marca uno)</i>   |   |  |
| <input type="checkbox"/> Mañana: 8 a.m. a 12 <input type="checkbox"/> Tarde: 12 a 5 p.m. <input type="checkbox"/> Noche: 5 a 9 p.m. <input type="checkbox"/> A cualquier hora                         |   |  |
| ¿Podemos dejarle un mensaje en el contestador? <i>(marca uno)</i>   |   |  |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   |   |  |
| <i>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.</i>                        |   |  |
| Firma del paciente: _____   | Fecha: _____  |  |
| <b>Elección de programa:</b> Marca <u>UNA</u> casilla a continuación (ver descripciones de los programas al reverso). El proveedor enviará este formulario por fax o por email al programa que elija. |   |  |
| <input type="checkbox"/>  |  Asiste a una clase en grupo           | Fax : 1-888-975-1534   Email : tobacco@ahec.ufl.edu      |
| <input type="checkbox"/>  |  Habla por teléfono con un Quit Coach® | Fax : 1-866-688-7577   Email : supportservices@optum.com |

## Instrucciones para el envío del formulario de referencia

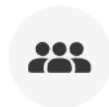
### I. Información sobre el proveedor: El proveedor debe completar esta sección. Ejemplos aparecen abajo:

| 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   | 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/>