

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

<input type="checkbox"/> HOSPITAL	<input type="checkbox"/> 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

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/>