

Departamento de Salud de Ohio
**Formulario de recomendación
para QUIT LINE**

ID como subsidiario del Dept. de Salud de Ohio: si está disponible

Proveedor haciendo la recomendación

Por favor utilice una estampa, etiqueta o escriba la información en los siguientes espacios.

Nombre		Teléfono ()	
Clínica/Centro		FAX* ()	
Domicilio			
Ciudad	Estado	Código postal	

*Información necesaria para recibir confirmación de que se recibió la recomendación.

Información del participante

Nombre		Fecha de nacimiento / /	
Domicilio			
Ciudad	Estado	Código postal	
Número de teléfono preferido ()	Mejor hora y día para llamar	Necesita equipo para <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Podemos dejarle un mensaje? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Importante: Se requiere la firma del participante al pie de página para poder llamarlo por primera vez.

Este paciente puede utilizar terapia para reemplazar la nicotina.

Firma del proveedor	Fecha / /
---------------------	--------------------

Autorización para compartir información

Yo, _____, doy permiso para que mi proveedor de servicios de salud, el
nombre del participante
Departamento de Salud de Ohio o sus contratistas compartan información sobre mi interés y participación en el Programa **QUIT LINE** de Ohio a y del National Jewish Medical and Research Center (contratista del Programa **QUIT LINE** de Ohio).

El objetivo de esta autorización es pedir que el National Jewish Medical and Research Center se comunique inicialmente conmigo por teléfono para hablar sobre mi participación el Programa **QUIT LINE** para dejar de consumir tabaco.

Obligatorio

Firma del participante	Fecha / /
------------------------	--------------------

Por favor envíe este formulario por fax a:
Especialista de recomendaciones de **QUIT LINE**, **800-261-6259**
Si tiene alguna pregunta, por favor llame al: **1-800-QUIT-NOW**
(800-784-8669)

Los servicios de **QUIT LINE** están financiados por el Departamento de Salud de Ohio