

FECHA DE ENVÍO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Información del proveedor de servicios médicos:

NOMBRE DE LA CLÍNICA  CÓDIGO POSTAL

NOMBRE DEL PROVEEDOR

NOMBRE DEL CONTACTO

FAX  TELÉFONO

SOY UNA ENTIDAD CUBIERTA POR HIPPA (POR FAVOR MARQUE UNA)  SÍ  NO  NO SÉ

### Información del paciente:

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE  FECHA DE NACIMIENTO  GÉNERO  M  F

DIRECCIÓN  CIUDAD  CÓDIGO POSTAL

PRIMER TELÉFONO  CASA  TRAB  CEL  SEGUNDO TELÉFONO  CASA  TRAB  CEL

LANGUAGE DE PREFERENCIA (POR FAVOR MARQUE UNO)  INGLÉS  ESPAÑOL  OTRO

\_\_\_\_ Estoy listo para dejar el tabaco y pido que la Oregon Tobacco Quit Line me contacte para ayudarme.  
 (Iniciales)

\_\_\_\_ Yo **NO** autorizo a Oregon Tobacco Quit Line de dejar un mensaje cuando me contacte.  
 (Iniciales) **\*\* Por no poner sus iniciales, usted está dando su permiso para la línea dejar un mensaje.**

FIRMA DEL PARTICIPANTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Oregon Tobacco Quit Line le llamará. Por favor marque el mejor horario para llamarle. **NOTA: La línea para dejar el tabaco trabaja los 7 días de la semana. Las llamadas que se realizen en Sábado o Domingo con el fin de localizarle, podrían estar fuera del horario que usted marcó.**

6AM – 9AM  9AM – 12PM  12PM – 3PM  3PM – 6PM  6PM – 9PM

FAVOR DE LLAMARME DENTRO DEL HORARIO MARCADO AL (MARQUE UNO):  Primer Teléfono  Segundo Teléfono

© 2011 Alere. Todos derechos reservados.

**Notificación de Confidencialidad:** Este facsímil contiene información confidencial. Si Ud. lo ha recibido por error, por favor notifique al remitente inmediatamente por teléfono y deshágase de los materials confidencialmente. **No los modifique, revele, fotocopie o distribuya.**