



FECHA DE ENVÍO: _____

Información del proveedor de servicios médicos:

NOMBRE DE LA CLÍNICA		CÓDIGO POSTAL
CLINIC ZIP CODE:		
NOMBRE DEL PROVEEDOR		
NOMBRE DEL CONTACTO		
FAX	TELÉFONO	
SOY UNA ENTIDAD CUBIERTA POR HIPAA (POR FAVOR MARQUE UNA) SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/>		

Información del paciente:

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE		FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO
DIRECCIÓN		CIUDAD	CÓDIGO POSTAL
PRIMER TELÉFONO	CASA TRAB CEL	SEGUNDO TELÉFONO	CASA TRAB CEL
HM			
WK			
CELL			
CELL			
SECONDARY PHONE NUMBER			
WK	CELCASA		
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
LANGUAGE DE PREFERENCIA (POR FAVOR MARQUE UNO)		INGLÉS	ESPAÑOL OTRO
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Al participar en este programa, entiendo que los resultados de mi información tal vez sean compartidos con mi proveedor de salud para ayudar con mi tratamiento.

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

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

FIRMA DEL PARTICIPANTE: _____ FECHA: _____

Georgia 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 realicen 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