



**CONNECTICUT  
QUITLINE**  
1-800-QUIT-NOW

# CONNECTICUT QUITLINE FAX REFERRAL FORM

Fax Number: 1-800-483-3114

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

NÚMERO DE TELEFONO PRIMARIO

CASA  TRAB  CEL

NÚMERO DE TELEFONO SECUDNARIO

CASA  TRAB  CEL

LENGUAGE DE PREFERENCIA (POR FAVOR MARQUE UNO)

INGLÉS

ESPAÑOL

OTRO

\_\_\_\_ Estoy listo para dejar el tabaco y solocito que la línea Quitline de Connecticut me contacte para ayudarme con mi plan.  
(Iniciales)

\_\_\_\_ Yo **NO** autorizo a línea Quitline de Connecticut a dejar un mensaje al contactarme.  
(Iniciales) **\*\* Por no poner sus iniciales, usted está dando su permiso para la línea dejar un mensaje.**

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

Connecticut Quitline 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 el Fin de semana podrían estar fuera del horario que usted marcó.**

7AM – 9AM

9AM – 12PM

12PM – 3PM

3PM – 6PM

6PM – 9PM

FAVOR DE LLAMARME DENTRO DEL HORARIO MARCADO AL (MARQUE UNO):  # Primario  # Secundario