



Referido del paciente y consentimiento para divulgación de información del Tennessee Tobacco QuitLine

Información del proveedor de servicios médicos—Imprima por favor

Proveedor de servicios médicos (nombre, apellido, título):

Número de fax: () -

Atención:

Teléfono: () -

Correo electrónico:

¿Usted ha discutido el programa para dejar el tabaco con su paciente? SI NO

Información del paciente—Imprima por favor

Nombre:

Apellido:

Inicial:

Dirección:

Ciudad:

Estado/Código postal:

Teléfono: () -

Correo electrónico:

Es posible dejar un mensaje: SI NO

Idioma de preferencia: Inglés Español Otro:

Los empleados del Tennessee Tobacco Quitline pueden contactarme durante las siguientes horas (marque las horas que apliquen):

7am-10am 10am-1pm 1pm-4pm 4pm-7pm 7pm-10pm

Autorizo al Tennessee Tobacco Quitline a contactarme y proveer seguimiento a mi proveedor de servicios médicos:

(firma del paciente)

Complete el documento y envíelo vía **fax** al: (800) 692-9023 o **Correo electrónico** al: referrals@iqhquitline.com

(para copias adicionales o para descargar vaya al: www.tnquitline.org)

Notificación de confidencialidad: La información que contiene éste facsímil puede ser confidencial y tiene privilegio legal. Es destinado solamente para el individuo aquí mencionado. Si usted no es el destinatario de este documento, usted está siendo notificado que la divulgación, copia, distribución o tomar acción en relación al contenido de éste facsímil—con excepción de enviarlo al destinatario— está estrictamente prohibido. Si usted ha recibido éste facsímil por error, por favor notifique al remitente inmediatamente y destruya la página de portada en conjunto con el contenido y borre la información de su sistema, si aplica.

