



Fecha de envío: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Información del Proveedor:

NOMBRE DE LA CLÍNICA

CÓDIGO POSTAL DE LA CLÍNICA

PROVEEDOR DE ATENCIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DE CONTACTO

NÚMERO DE FAX

NÚMERO TELEFÓNICO

SOY ENTIDAD CUBIERTA POR HIPAA (MARQUE UNO)

 SÍ NO LO IGNORA

Información del o la paciente:

NOMBRE DEL O LA PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO

SEXO

 HOMBRE  MUJER

DIRECCIÓN

CIUDAD

CÓDIGO POSTAL

NÚMERO TELEFÓNICO

CASA  TRABAJO  CELULAR  IDIOMA PREFERIDO (POR FAVOR MARQUE UNO)

 INGLÉS ESPAÑOL OTRO

MARQUE ESTE RECUADRO SI LA PACIENTE ESTÁ EMBARAZADA ACTUALMENTE

Sólo para pacientes de Heritage Health (Medicaid):

POR FAVOR, SELECCIONE UN PLAN DE SALUD:

 MAGELLAN NEBRASKA TOTALCARE UNITEDHEALTHCARE WELLCARE

NÚM. DE ID. DE PACIENTE DE MEDICAID (11 dígitos):

\_\_\_\_ Quiero dejar de consumir tabaco y solicito que la Línea de Nebraska para Dejar de Consumir Tabaco se comunique conmigo para ayudarme con mi plan para dejar de hacerlo.

INICIAL

\_\_\_\_ Doy permiso a la Línea de Nebraska para Dejar de Consumir Tabaco para que me deje mensaje al comunicarse conmigo al o los números que indico arriba.

INICIAL

\_\_\_\_ Doy permiso a la Línea de Nebraska para Dejar de Consumir Tabaco para que comparta información con mi proveedor con fines de mi tratamiento de atención de la salud.

INICIAL

Le llamarán de la Línea de Nebraska para Dejar de Consumir Tabaco. Marque el MEJOR periodo de 3 horas para que le llamen. NOTA: Esta Línea atiende los 7 días de la semana; durante los fines de semana, podría llamársele a otras horas que no son durante este periodo de 3 horas.

6 A.M. A 9 A.M.  9 A.M. A 12 P.M.  12 P.M. A 3 P.M.  3 P.M. A 6 P.M.  6 P.M. A 9 P.M.

**Si se ha dado una receta para un o una paciente de Medicaid, por favor marque el producto:**

Chicle de nicotina: \_\_\_\_\_

Parche de nicotina: \_\_\_\_\_

Pastilla de nicotina: \_\_\_\_\_

Varenicline: (Chantix) \_\_\_\_\_

Bupropion: (Zyban) \_\_\_\_\_

Rociador nasal de nicotina: \_\_\_\_\_

Inhalador de nicotina: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL/LA PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Aviso de confidencialidad: Este facsímil contiene información confidencial.**

Si ha recibido este facsímil por error, por favor notifique por teléfono al remitente inmediatamente y deseche el material en forma confidencial. **No lo lea, divulgue, copie o distribuya.**