

# FORMULARIO DE RECOMENDACIÓN POR FAX

Para que el programa **Nevada Tobacco Quitline** se comunique con usted, envíe por fax este formulario completo al: **1-800-261-6259**



**NEVADA DIVISION of PUBLIC  
and BEHAVIORAL HEALTH**

## ORGANIZACIÓN HACIENDO LA RECOMENDACIÓN:: Complete esta sección

Organización/ Consultorio	Nombre del contacto
Clínica/Hospital/Departamento	Dirección de correo electrónico
Domicilio	Teléfono (    )    -
Ciudad/Estado/Código postal	
Fax (    )    -	<i>Si no desea recibir actualizaciones por fax sobre recomendaciones de pacientes, escriba <b>NA</b> en lugar del fax.</i>
Firma de la persona haciendo la recomendación	Fecha
¿Es proveedor de servicios médicos? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<i>Si sí, por favor escriba su título/certificado: _____</i>
Marque por favor: <input type="checkbox"/> El participante aceptó que lo/la recomendáramos al <b>Nevada Tobacco Quitline</b> .	

## PROVEEDOR: Complete esta sección ( solo es necesario si existe alguna de estas condiciones)

¿Tiene el paciente una de las siguientes condiciones?  Embarazada/Amamantando  Presión arterial alta no controlada  
 Enfermedad cardíaca  Derrame cerebral

Si sí, por favor firme para autorizar al programa de **Nevada Tobacco Quitline** para que le envíe al paciente terapia gratuita y sin receta médica para reemplazar la nicotina, de estar disponible. Si la autorización no se envía firmada por el proveedor, y el paciente tiene cualquiera de las condiciones mencionadas arriba, **Nevada Tobacco Quitline** no puede proporcionar los medicamentos.

Firma del proveedor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## PACIENTE: Complete esta sección

\_\_\_\_\_, Sí, estoy listo/a para dejar el tabaco y quiero que un asesor me llame. Entiendo que **Nevada Tobacco Quitline** podría informarle a la agencia/persona que está enviando esta recomendación sobre mi participación en el programa.

Iniciales \_\_\_\_\_

Mejor hora para llamar:  mañana  tarde  noche  fin de semana

¿Podemos dejarle un mensaje?  Sí  No

Fecha de nacimiento:    /    /    Género  Masculino  Femenino

Nombre del paciente (Apellido) \_\_\_\_\_ (Nombre) \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Código postal \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Teléfono #1 (    )    -    Tel. #2 (    )    -

Idioma  Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Si la firma del paciente no está disponible:  Marque esta casilla para verificar que tiene la autorización del paciente en sus archivos.

El Wyoming Quit Tobacco Program se comunicará con usted en las próximas 24. La llamada se hará desde el "800-784-8669". Además, el programa está abierto 7 días a la semana.

**PARA ENVIAR UNA RECOMENDACIÓN A QUITLINE, MANDE EL FORMULARIO COMPLETO POR FAX AL: 1-800-261-6259**