Oregon Tobacco Quit Line Fax Referral Form

Fax Number: 1-800-483-3114

Provider Information: **Fax Sent Date: _____/_____/_____**

Clinic Name: _____

Health Care Provider: _____

Contact Name: _____

I am a HIPAA-Covered Entity (Please check one) ___ Yes __ No __ I Don't Know

Fax: (_____) _____ - _____ **Phone** (_____) _____ - _____

Comments:

Información del Paciente: **Sexo: ___Masc./ ___Fem. ¿Embarazada? ____Si ____No**

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____/_____/_____
Mes Día Año

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Código Postal:**_____

Teléfono principal: (_____) _____ - _____ **Tipo: ____ Casa ____ Trab. ____ Cel. ___Otro**

Teléfono secundario: (_____) _____ - _____ Tipo: ____ Casa ____ Trab. ____ Cel. ___Otro

Idioma que prefiere (indique uno): _____ Inglés _____ Español _____ Otro _____

Tipo de tabaco (indique cual usa): ____ Cigarrillos ____ Tabaco masticable _____ Puro _____ Pipa

_____ Estoy listo(a) para dejar el tabaco y solicito que La Línea para Dejar el Tabaco de Oregon me llame para ayudarme crear mi propio plan.
(Inicial)

_____ No doy permiso a La Línea para Dejar el Tabaco de Oregon para que me dejen un mensaje si no me encuentran.
(Inicial)

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____/_____/_____

Un representante de la Línea para Dejar el Tabaco de Oregon le va a llamar. Por favor, escoja el mejor horario para que le llamen. NOTA: La Línea para Dejar el Tabaco de Oregon está abierta 7 días a la semana; las llamadas que se intenten durante el fin de semana podrían ser hechas en horarios diferentes a lo indicado abajo.

❑ 5am - 9am ❑ 9am - 12pm ❑ 12pm - 3pm ❑ 3pm - 6pm ❑ 6pm - 9pm
Hora del Pacífico

Por favor, llamen a mi (escoja uno): ___ Teléfono principal ____ Teléfono secundario.

© 2005 Free & Clear, Inc. All rights reserved.

Confidentiality Notice: This facsimile contains confidential information. If you have received this facsimile in error, please notify the sender immediately by telephone and confidentially dispose of the material. **Do not review, disclose, copy, or distribute.**