

# FAX PARA DEJAR EL TABACO

Fecha: \_\_\_\_\_



Utilice este formulario para recomendar a Colorado QuitLine a aquellos pacientes que estén listos para dejar el tabaco en los próximos 30 días.

## PROVEEDOR(ES): Complete esta sección

|                               |                     |
|-------------------------------|---------------------|
| Nombre del proveedor          | Nombre del contacto |
| Clínica/Hospital/Departamento | Correo electrónico  |
| Domicilio                     | Teléfono ( ) -      |
| Ciudad/Estado/Código postal   | Fax ( ) -           |

**POR FAVOR INDIQUE SI EL PACIENTE TIENE:**  Sí  NO

Si sí, y usted está recetando medicamentos para dejar el tabaco, por favor complete el formulario de pre-autorización de Medicaid, ubicado al reverso de este formulario, y proporcione una receta al paciente. Todos los medicamentos para dejar el tabaco, aprobados por la FDA, están disponibles.

¿Tiene el paciente alguna de las siguientes condiciones?

Embarazada  presión arterial alta no controlada  enfermedad cardíaca

**Sí**, autorizo a QuitLine a enviarle al paciente terapia para reemplazar la nicotina disponible sin receta médica.

### Firma del proveedor

Es necesario que el proveedor firme para autorizar a QuitLine a proporcionarle a los pacientes terapia para reemplazar la nicotina si tienen cualquiera de las condiciones mencionadas arriba.

Comentarios:

## PACIENTE: Complete esta sección

\_\_\_\_\_, Sí, estoy listo/a para dejar el tabaco y pido que un asesor de QuitLine se comunice conmigo. Entiendo que Colorado Iniciales QuitLine le proporcionará a mi proveedor información sobre mi participación en el programa.

¿Mejor hora para llamar?  mañana  tarde  noche  fin de semana

¿Podemos dejarle un mensaje?  Sí  No

¿Tienes dificultad para escuchar y necesita ayuda?  Sí  No

¿Seguro médico?  Sí  No

Aseguradora: \_\_\_\_\_

ID de miembro: \_\_\_\_\_

¿Medicaid?  Sí  No

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Género  M  F

Nombre del paciente (Apellido)

(Nombre)

Domicilio

Ciudad

CO

Código postal

Correo electrónico

Tel. #1 ( ) -

Tel. #2 ( ) -

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

Firma del paciente

Fecha

**POR FAVOR ENVÍE ESTE FORMULARIO POR FAX AL: 1-800-261-6259**

O por correo postal a: Colorado QuitLine, National Jewish Health, 1400 Jackson St., M305, Denver, CO 80206

**Aviso de confidencialidad:** Este fax contiene información confidencial. Si lo recibió por error, por favor avísele de inmediato por teléfono a la persona que lo envió y deseche el documento de manera confidencial. No lo revise, publique, copie o distribuya.