



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:

(firmadelpaciente)

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.com)

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.

