

# Formulario de Referencia Médica a Tobacco Free Florida

Instrucciones para llenar el formulario de referencia médica a Tobacco Free Florida



## I. Información sobre el proveedor **(Obligatoria)** *El proveedor llena esta sección. Ver ejemplos al reverso.*

<input type="checkbox"/> <b>HOSPITAL</b>	<input type="checkbox"/> <b>NO HOSPITAL</b>
Sistema de salud: _____	Sistema de salud: _____
Nombre del hospital: _____	Clínica/Agencia: _____
Departamento: _____	Dept./Ubicación: _____
Nombre del proveedor: _____	Nombre del proveedor: _____
Persona principal de contacto: _____	Email: _____
Teléfono: _____	Fax: _____
Dirección: _____	Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Mi entidad está amparada por HIPAA y quiero un informe de retroalimentación: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

## II. Información sobre el paciente **(Obligatoria)** *El paciente llena esta sección*

Nombre del paciente: _____	Apellido del paciente: _____	Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____	Ciudad: _____	Código Postal: _____
Estado: _____	Postal: _____	Condado: _____
Email: _____	Número de teléfono ppal.: _____ Número de teléfono alternativo: _____	
La hora mejor para llamarle: <i>(marca uno)</i>		
<input type="checkbox"/> Mañana: 8 a.m. a 12 <input type="checkbox"/> Tarde: 12 a 5 p.m. <input type="checkbox"/> Noche: 5 a 9 p.m. <input type="checkbox"/> A cualquier hora		
¿Podemos dejarle un mensaje en el contestador? <i>(marca uno)</i>		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<i>Mi firma autoriza a que el profesional actuante envíe este formulario a un representante de Tobacco Free Florida. Entiendo que me llamarán dentro de la próxima semana.</i>		
Firma del paciente: _____	Fecha: _____	
<b>Elección de programa:</b> Marca <b>UNA</b> casilla a continuación (ver descripciones de los programas al reverso). El proveedor enviará este formulario por fax o por email al programa que elija.		
<input type="checkbox"/>	Asiste a una clase en grupo	<b>Fax :</b> 1-888-975-1534   <b>Email :</b> tobacco@ahec.ufl.edu
<input type="checkbox"/>	Habla por teléfono con un Quit Coach®	<b>Fax :</b> 1-866-688-7577   <b>Email :</b> supportservices@optum.com

# Formulario de Referencia Médica a Tobacco Free Florida

Instrucciones para llenar el formulario de referencia médica a Tobacco Free Florida



## Instrucciones para el envío del formulario de referencia

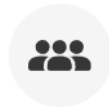
**I. Información sobre el proveedor:** El proveedor debe completar esta sección. Ejemplos aparecen abajo:

Hospitales	Ejemplo 1	Ejemplo 2	Ejemplo 3
<b>Sistema de salud:</b>	UF Health	Memorial Healthcare System	FlaglerHealth+
<b>Nombre del hospital:</b>	Shands Hospital	Memorial Hospital Pembroke	Flagler Hospital
<b>Departamento:</b>	Internal Medicine	Respiratory Therapy	Cardiopulmonary
<b>Nombre del proveedor:</b>	John Doe		Jane Smith
No hospitales	Ejemplo 1	Ejemplo 2	Ejemplo 3
<b>Organización paraguas:</b>			AdventHealth
<b>Clínica/Agencia:</b>	Walgreens	Santa Rosa County Health	Cardiopulmonary
<b>Dept./Ubicación:</b>	#1234		Daytona Beach
<b>Nombre del proveedor:</b>	John Doe	Jane Doe	Jane Smith

**II. Información del paciente:** El paciente deberá proveer su información de contacto.

**Selección de programa:** El paciente deberá seleccionar UN programa de la lista.

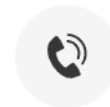
- El proveedor deberá enviar por fax o por correo electrónico el formulario lleno al programa que el paciente seleccione.
- Si el formulario se envía a la clase de grupo en persona o virtual, el paciente recibirá una llamada del centro educativo AHEC de su condado para inscribirlo en un curso.
- Si el formulario se envía al programa telefónico o al programa por Internet, el paciente recibirá una llamada de un entrenador (Quit Coach®) para inscribirlo en el programa que haya seleccionado.



### En Grupo (Virtual)

Regístrate y asiste a una sesión con personal entrenado y otras personas que, como tú, quieren dejar el tabaco.

- A cargo de un especialista entrenado
- De 2 a 4 semanas de parches, chicles o tabletas de nicotina
- Horarios y sitios convenientes
- Apoyo grupal



### Por Teléfono

Un Quit Coach® espera tu llamada para ayudarte a lograr una vida libre de tabaco.

- Quit Coach® 24/7
- Parches, chicles, o tabletas de nicotina para 2 semanas
- Plan personalizado
- 3 llamadas del Quit Coach®
- 1-855-DÉJELO-YA (1-855-335-3569)

**¿Necesita más información sobre los programas disponibles? Visita** [www.tobaccofreeflorida.com/quityourway/es](http://www.tobaccofreeflorida.com/quityourway/es)