

FECHA DE ENVÍO: ___/___/___

Información del proveedor de servicios médicos:

Form fields for provider information: NOMBRE DE LA CLÍNICA, CÓDIGO POSTAL, NOMBRE DEL PROVEEDOR, NOMBRE DEL CONTACTO, FAX, TELÉFONO, and HIPAA status checkboxes.

Información del paciente:

Form fields for patient information: NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE, FECHA DE NACIMIENTO, GÉNERO, DIRECCIÓN, CIUDAD, CÓDIGO POSTAL, PRIMER TELÉFONO, SEGUNDO TELÉFONO, and LANGUAGE DE PREFERENCIA.

Estoy listo para dejar el tabaco y pido que la Oregon Tobacco Quit Line me contacte para ayudarme. (Iniciales)

Yo NO autorizo a Oregon Tobacco Quit Line de dejar un mensaje cuando me contacte. (Iniciales) ** Por no poner sus iniciales, usted está dando su permiso para la línea dejar un mensaje.

FIRMA DEL PARTICIPANTE: _____ FECHA: ___/___/___

Oregon Tobacco Quit Line le llamará. Por favor marque el mejor horario para llamarle. NOTA: La línea para dejar el tabaco trabaja los 7 días de la semana. Las llamadas que se realizen en Sábado o Domingo con el fin de localizarle, podrían estar fuera del horario que usted marcó.

Radio button options for calling times: 6AM - 9AM, 9AM - 12PM, 12PM - 3PM, 3PM - 6PM, 6PM - 9PM.

FAVOR DE LLAMARME DENTRO DEL HORARIO MARCADO AL (MARQUE UNO): [] Primer Teléfono [] Segundo Teléfono

© 2011 Alere. Todos derechos reservados.

Notificación de Confidencialidad: Este facsímil contiene información confidencial. Si Ud. lo ha recibido por error, por favor notifique al remitente inmediatamente por teléfono y deshágase de los materials confidencialmente. No los modifique, revele, fotocopie o distribuya.