



# QuitlineNC

## FAX REFERRAL FORM

### SPANISH

1-855-DÉJELO-YA  
(1-855-335-3569)

Fax completed form to: **1-800-483-3114**

#### **Referring Organization Information:**

**Date Fax Sent:** \_\_/\_\_/\_\_

Organization Name: \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_  
(Hospital - Clinic)

*In order to receive a Participant's Outcome Report, you must be a HIPAA-Covered Entity*

- I am a HIPAA-Covered Entity? (Please check one)  Yes  No  I Don't Know
- Check if you do **NOT** want to receive an Outcomes Report.

Fax: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Person Referring: \_\_\_\_\_ Contact Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

#### **Person Being Referred to Quitline:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_/\_\_/\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Género:  Male  Female ¿Embarazada?:  Sí  No

Mejor numero para llamar: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Tipo: \_\_\_ Casa \_\_\_ Trabajo \_\_\_ CELULAR

Otro numero: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Tipo: \_\_\_ Casa \_\_\_ Trabajo \_\_\_ CELULAR

Preferencia de Idioma (marque uno):  Inglés  Español  Otro - \_\_\_\_

\_\_\_\_ (Initial) Estoy listo para dejar de fumar en los próximos 30 días, o han dejado de fumar recientemente. Solicito QuitlineNC ponerse en contacto conmigo para que me ayude con mi plan de dejar de fumar.

\_\_\_\_ (Initial) NO doy permiso para QuitlineNC para dejar un mensaje cuando se comuniquen conmigo.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_/\_\_/\_\_

#### **Marque el MEJOR tiempo para que QuitlineNC se comuniquen con usted:**

6am - 9am  9am - 12pm  12pm - 3pm  3pm - 6pm  6pm - 9pm  9pm - 12am

NOTA: El QuitlineNC está abierto 7 días a la semana, pero los intentos de llamar a los participantes sólo se hacen hasta la medianoche. Las llamadas hechas el fin de semana puede ser hecho a veces fuera de la selección de tiempo de 3 horas del marco.

**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.**

