

Información del centro y del proveedor de atención médica quien hace la referencia:

| | | | | | |
|---|--|--------------------|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Otro | | | <input type="checkbox"/> Certifico que soy una entidad cubierta por HIPAA | | |
| Nombre del centro | | | Departamento | | |
| Número de fax | | Número de teléfono | | NPI (Identificador de Proveedor Nacional) del centro | |
| Dirección | | | Código postal | Condado | |
| Profesional de atención médica que hace la remisión | | | | | |
| Correo electrónico | | | Número de Identificador de Proveedor Nacional (NPI) | | |
| ¿Te gustaría recibir un informe de resultados sobre si el paciente inscrito fue denegado o no se lo pudo contactar? | | | | | |
| (Por favor selecciona tu método de contacto favorito) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Quiero que me envíen por correo electrónico los informes de resultados <input type="checkbox"/> Quiero que me envíen por fax los informes de resultados | | | | | |
| <input type="checkbox"/> No quiero que me envíen los informes de resultados | | | | | |
| Usa esta sección para autorizar previamente la NRT | | | | | |
| *Nota: como los pacientes tienen beneficios distintos, usar este formulario no garantiza que recibirán medicamentos para dejar de fumar gratuitos. | | | | | |
| Por favor, marca la casilla para autorizar previamente la NRT: <input type="checkbox"/> Autorizo el uso de cualquier modalidad de NRT para la cual mi paciente tiene cobertura en la dosis consistente con la FDA | | | | | |
| Nombre del proveedor (en letra de imprenta) | | | Firma del proveedor | | |

Información de contacto de referencia

Aceptas que te llamemos al número de teléfono provisto. Ten en cuenta que las llamadas pueden ser automatizadas. Algunos mensajes pueden ser pregrabados.

| | | | | | |
|--|---|--------------------|---|---------------------|--|
| Nombre de pila | | Segundo nombre | | Apellido | |
| Estado | Código postal | Número de teléfono | | Fecha de nacimiento | |
| Idioma de preferencia: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro | | | | | |
| ¿Podemos enviar mensajes de texto a este número? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | |
| Casilla de firma del paciente | | | | Fecha | |
| Mejor horario para comunicarnos: | ¿Cuál es la mejor hora para llamarte durante la semana? | | ¿Cuál es la mejor hora para llamarte los fines de semana? | | |
| | <input type="checkbox"/> Mañanas (de 8 a.m. a 12 p.m.) <input type="checkbox"/> Tardes (de 12 p.m. a 4 p.m.) <input type="checkbox"/> Noches (de 4 p.m. a 8 p.m.) | | <input type="checkbox"/> Mañanas (de 8 a.m. a 12 p.m.) <input type="checkbox"/> Tardes (de 12 p.m. a 4 p.m.) <input type="checkbox"/> Noches (de 4 p.m. a 8 p.m.) | | |