

TEXAS TOBACCO QUIT LINE FAX REFERRAL FORM

Fax Number: 1-800-483-3114



Texas Department of State
Health Services

Provider Information:

DATE FAX SENT

CLINIC NAME

CLINIC ZIP CODE

HEALTH CARE PROVIDER

CONTACT NAME

FAX NUMBER

PHONE NUMBER

I am a HIPAA covered entity (please check one): YES NO DON'T KNOW

Patient Information:

PATIENT NAME

DATE OF BIRTH

MALE FEMALE
GENDER

ADDRESS

CITY

ZIP CODE

PRIMARY PHONE NUMBER

HM WK CELL

SECONDARY PHONE NUMBER

HM WK CELL

Language preference (please check one): ENGLISH SPANISH OTHER _____

By participating in this program I understand that outcome information may be shared with my provider for purposes of my treatment.

_____ I am ready to quit tobacco and request the Texas Tobacco Quit Line contact me to help me with my quit plan.
(Initial)

_____ I DO NOT give my permission to the Texas Tobacco Quit Line to leave a message when contacting me.
(Initial) ****By not initialing, you are giving your permission for the quitline to leave a message.**

PATIENT SIGNATURE

DATE

The Texas Tobacco Quit Line will call you. Please check the BEST 3-hour time frame for them to reach you.

NOTE: The Quit Line is open 7 days a week; call attempts over a week-end may be made at times other than during this 3-hour time frame.

6AM – 9AM 3PM – 6PM
 9AM – 12PM 6PM – 9PM
 12PM – 3PM

Within this 3-hour time frame, please contact me at (check one):

Primary # Secondary #

Optum is a registered trademark of Optum, Inc. All other trademarks are the property of their respective owners.

© 2017 Optum, Inc. All rights reserved.

This facsimile transmission contains confidential information intended for the parties identified above. If you have received this transmission in error, please immediately notify me by telephone or return the original message at the address listed above. Distribution, reproduction or any other use of this transmission by any party other than the recipient is strictly prohibited.

LÍNEA DE TEXAS DE AYUDA PARA DEJAR DE FUMAR FORMULARIO DE DERIVACIÓN POR FAX

Número de fax: 1-800-483-3114



Datos del proveedor:

FECHA DE ENVÍO DEL FAX

NOMBRE DE LA CLÍNICA

CÓDIGO POSTAL DE LA CLÍNICA

PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

PERSONA DE CONTACTO

NÚMERO DE FAX

NÚMERO DE TELÉFONO

Somos una entidad cubierta por la ley HIPAA (marque uno): SÍ NO NO LO SÉ

Datos del paciente:

NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO

HOMBRE MUJER
SEXO

DIRECCIÓN

CIUDAD

CÓDIGO POSTAL

TELÉFONO PRINCIPAL

CASA TRABAJO CELULAR

TELÉFONO SECUNDARIO

CASA TRABAJO CELULAR

Idioma de preferencia (marque uno): INGLÉS ESPAÑOL OTRO _____

Entiendo que si participo en este programa, mis resultados podrían compartirse con mi proveedor para los efectos de mi tratamiento.

_____ Estoy dispuesto a dejar el tabaco y pido que un representante de la Línea de Texas de Ayuda para Dejar de Fumar se comunique conmigo para ayudarme a hacer un plan para ello.
(Iniciales)

_____ NO doy mi autorización al personal de la Línea de Texas de Ayuda para Dejar de Fumar para que me dejen un mensaje si no logran comunicarse conmigo.
(Iniciales) ***Si no escribe sus iniciales, usted autoriza al personal para que le deje un mensaje.*

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

La Línea de Texas de Ayuda para Dejar de Fumar se comunicará con usted por teléfono. Indique a continuación el horario en que usted PREFERE recibir la llamada.

<i>NOTA: La línea de ayuda está disponible los 7 días de la semana. Las llamadas durante el fin de semana podrán hacerse en un horario distinto al indicado.</i>	<input type="checkbox"/> 6 AM – 9 AM	<input type="checkbox"/> 3 PM – 6 PM	Pido que el representante me llame durante este horario al (marque uno): <input type="checkbox"/> Teléfono principal <input type="checkbox"/> Teléfono secundario
	<input type="checkbox"/> 9 AM – 12 PM	<input type="checkbox"/> 6 PM – 9 PM	
	<input type="checkbox"/> 12 PM – 3 PM		

Optum es una marca registrada de Optum, Inc. Todas las otras marcas son propiedad de sus respectivos titulares.

© 2017 Optum, Inc. Derechos reservados.

Esta transmisión por fax contiene información confidencial que está dirigida a las partes identificadas anteriormente. Si usted ha recibido esta transmisión por error, avíseme inmediatamente por teléfono o devuelva el mensaje original a la dirección indicada anteriormente. Queda estrictamente prohibida la difusión, reproducción o cualquier otro uso de esta transmisión por alguien que no sea el destinatario.