



FORMULARIO DE RECOMENDACIÓN POR FAX DEL PACIENTE

Fecha del hoy: _____

Enviar por fax al: 1-800-261-6259

Utilice este formulario para recomendar a Quit Now Kentucky pacientes que estén listos para dejar el tabaco en los próximos 30 días.

PROVEEDOR(ES): Complete esta sección

Nombre del proveedor	Nombre del contacto
Clínica/Hospital/Departamento	Correo electrónico
Domicilio	Teléfono () -
Ciudad/Estado/Código postal	Fax () -
¿Es usted un proveedor de servicios médicos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

PACIENTE: Complete esta sección

Iniciales

Sí, estoy listo/a para dejar el tabaco y pido que un asesor de QuitLine se comunique conmigo. Entiendo que Quit Now Kentucky le proporcionará a mi proveedor información sobre mi participación en el programa.

¿Mejor hora para llamar? mañana tarde noche fines de semana

¿Podemos dejarle un mensaje? Sí No

¿Tiene dificultades para oír y necesita ayuda? Sí No

Fecha de nacimiento / / Género M F

Nombre del paciente (Apellido) (Nombre)

Domicilio Ciudad KY

Código postal Correo electrónico

Tel. #1 () - Tel. #2 () -

Idioma Inglés Español Otro

Firma del paciente

Fecha

POR FAVOR ENVÍE EL FORMULARIO POR FAX AL: 1-800-261-6259

O por correo postal a: Kentucky's Tobacco Quitline, c/o National Jewish Health®, 1400 Jackson St., S117A, Denver, CO 80206

Aviso de confidencialidad: Este fax contiene información confidencial. Si lo recibió por error, por favor avísele de inmediato por teléfono a la persona que lo envió y deseche el documento de manera confidencial. No lo revise, publique, copie o distribuya.



Los pacientes que consumen tabaco tienen una probabilidad nueve veces mayor de dejarlo a largo plazo cuando utilizan los servicios gratuitos de Quit Now Kentucky en comparación con aquellos que intentan dejarlo ellos solos.

PROGRAMA PARA HACER RECOMENDACIONES POR FAX EN 5 PASOS FÁCILES

1. Pregúntele al cliente sobre su consumo de tabaco, o el de sus padres/tutores, en cada visita.
2. Hable con la persona que consume tabaco sobre las consecuencias del tabaco en su salud y determine si le gustaría dejarlo.
3. Si así es, complete el formulario de recomendación/autorización del cliente y envíelo por fax al 1-800-261-6259.
4. Recete medicamentos, de ser apropiados, o hable sobre la terapia para reemplazar la nicotina (*NRT*, por sus siglas en inglés) para aliviar los síntomas del antojo y ayudar a dejar el tabaco.
5. Como proveedor médico, reciba información por fax sobre la situación del paciente en el programa.

RECURSOS ADICIONALES PARA DEJAR EL TABACO

Para obtener formularios adicionales y materiales para dejar el tabaco, por favor comuníquese con:

Bobbye Gray
Tobacco Prevention and Cessation Program
502-564-9358, extensión 4017

Los materiales de Quit Now Kentucky también están disponibles en <http://CHFS.KY.gov/ktpc>

Para completar y enviar este formulario de forma electrónica, visite <https://quitnowkentucky.org/ereferral>