



FECHA DE ENVÍO: \_\_\_\_\_

### Información del proveedor de servicios médicos:

NOMBRE DE LA CLÍNICA		CÓDIGO POSTAL
<input type="text"/>		<input type="text"/>
NOMBRE DEL PROVEEDOR		
<input type="text"/>		
NOMBRE DEL CONTACTO		
<input type="text"/>		
FAX	TELÉFONO	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
SOY UNA ENTIDAD CUBIERTA POR HIPPA (POR FAVOR MARQUE UNA)    Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/>		

### Información del paciente:

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE			FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO			
<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F		
DIRECCIÓN		CIUDAD	CÓDIGO POSTAL				
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>				
PRIMER TELÉFONO	CASA	TRAB	CEL	SEGUNDO TELÉFONO	CASA	TRAB	CEL
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LANGUAGE DE PREFERENCIA (POR FAVOR MARQUE UNO)				INGLÉS	ESPAÑOL	OTRO	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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

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

FIRMA DEL PARTICIPANTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Georgia 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 realizan en Sábado o Domingo con el fin de localizarle, podrían estar fuera del horario que usted marcó.**

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

FAVOR DE LLAMARME DENTRO DEL HORARIO MARCADO AL (MARQUE UNO):     PRIMER TELÉFONO     SEGUNDO TELÉFONO