



QuitlineNC

FAX REFERRAL FORM

SPANISH

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 número para llamar: (____) ____ - ____ Tipo: ___ Casa ___ Trabajo ___ CELULAR

Otro número: (____) ____ - ____ 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.

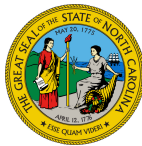
Firma: _____ **Fecha:** __/__/__

Marque el MEJOR tiempo para que QuitlineNC se comunique 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.**



NC DEPARTMENT OF
**HEALTH AND
HUMAN SERVICES**
Division of Public Health