



Quitline FAX Referral Form

Fax Number: 832-927-0241

PROVIDER INFORMATION:

Fax Sent Date: ___ / ___ / ___

Clinic Name: Harris County Public Health Department

Health Care Provider: Nutrition & Chronic Disease Prevention

Contact Name: William Hudson/Brennon Sansom

I am a HIPAA-Covered Entity (Please check one) Yes No I Don't Know

Fax: (832) 927 - 0241

Phone (713) 274-8505

Comments: _____

INFORMACION DEL PACIENTE: **Genero:** **Hombre /** **Mujer** **Embarazada?** **Si** **No**

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: mes _____ / dia _____ / ano _____

Direccion: _____ Ciudad: _____Codigo Postal: _____

Tel. principal #: (___) ___ - ___ Tipo: Casa Trabajo Celular Otro

Tel. secundario #: (___) ___ - ___ Tipo: Casa Trabajo Celular Otro

Idioma que prefiere (marque uno): Ingles Espanol Otro - _____

Clase de tabaco (marque TODO lo que aplique): Cigarros Tabaco sin humo Puros Pipas

_____ Yo estoy listo para dejar el Tabaco y solicito que la linea de ayuda llamada en ingles Quitline se comunique conmigo para ayudarme.
(Inicial)

_____ YO NO autorizo que Quitline deje un mensaje cuando se comunique conmigo.
(Inicial)

Firma del paciente: _____ Fecha: ___ / ___ / ___

La linea de ayuda Quitline se va a comunicar con usted. Favor de marcar el MEJOR horario dentro de un lapso de 3 horas para que lo encuentren. NOTA: Quitline esta abierta los 7 dias de la semana; los intentos de llamada durante el fin de semana pueden realizarse en otro lapso de tiempo fuera de las 3 horas.

6am - 9am 9am - 12pm 12pm - 3pm 3pm - 6pm 6pm - 9pm

Durante este lapso a tiempo e 3 horas, favor de llamarme a (marque uno): _____ Primario Secundario