LA LÍNEA DE ASISTENCIA PARA FUMADORES
PROGRAMA DE EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN DEL TABACO
FAX PARA REFERIR PACIENTES

LA FECHA: ___/___/___

Fax To:	**FROM:** **(Stamp or write-in your contact information here)**
Arizona Smokers' Helpline **1-877-908-8181** Toll-free fax number Visit www.azdhs.gov/phs/tepp/hcp.htm for supplies	**Referring Clinician:** _____ **Attending Physician:**_____ **Clinic Name:** **Address:** **City:** **Zip:** **Phone:** **Fax:**

Sección para Obtener Información y Permiso del Paciente:

☐ Estoy conciente de que la Línea de Asistencia Para Fumadores (*Arizona Smokers' Helpline*) me llamará por teléfono con información, referencias y consejería. Mi participación es voluntaria. Cualquier información que yo les dé se mantendrá confidencial. Tienen mi permiso, la Línea, el agente o el doctor que me referió, para hablar sobre mi uso del servicio.

_____
Nombre del paciente (en letra imprenta)

☐ Permiso se obtuvo verbalmente

Fecha de nacimiento: ____/_____/_____
día/ mes/ año de nacimiento

_____
Domicilio del hogar del paciente

_____

Cuidad_____
Y zona postal

(_____)_____
Teléfono: ☐ casa ☐ trabajo ☐ Otro

_____
Firma del paciente o guardian

_____
Persona que obtuvo el permiso verbal (firma y en letra de imprenta)

Mejor hora para comunicarnos con el paciente:

☐ 8am a 12pm ☐ 12pm a 5pm

☐ 5pm a 8:30pm ☐ Especifíque hora:_____

☐ Se habla español ☐ Se habla inglés

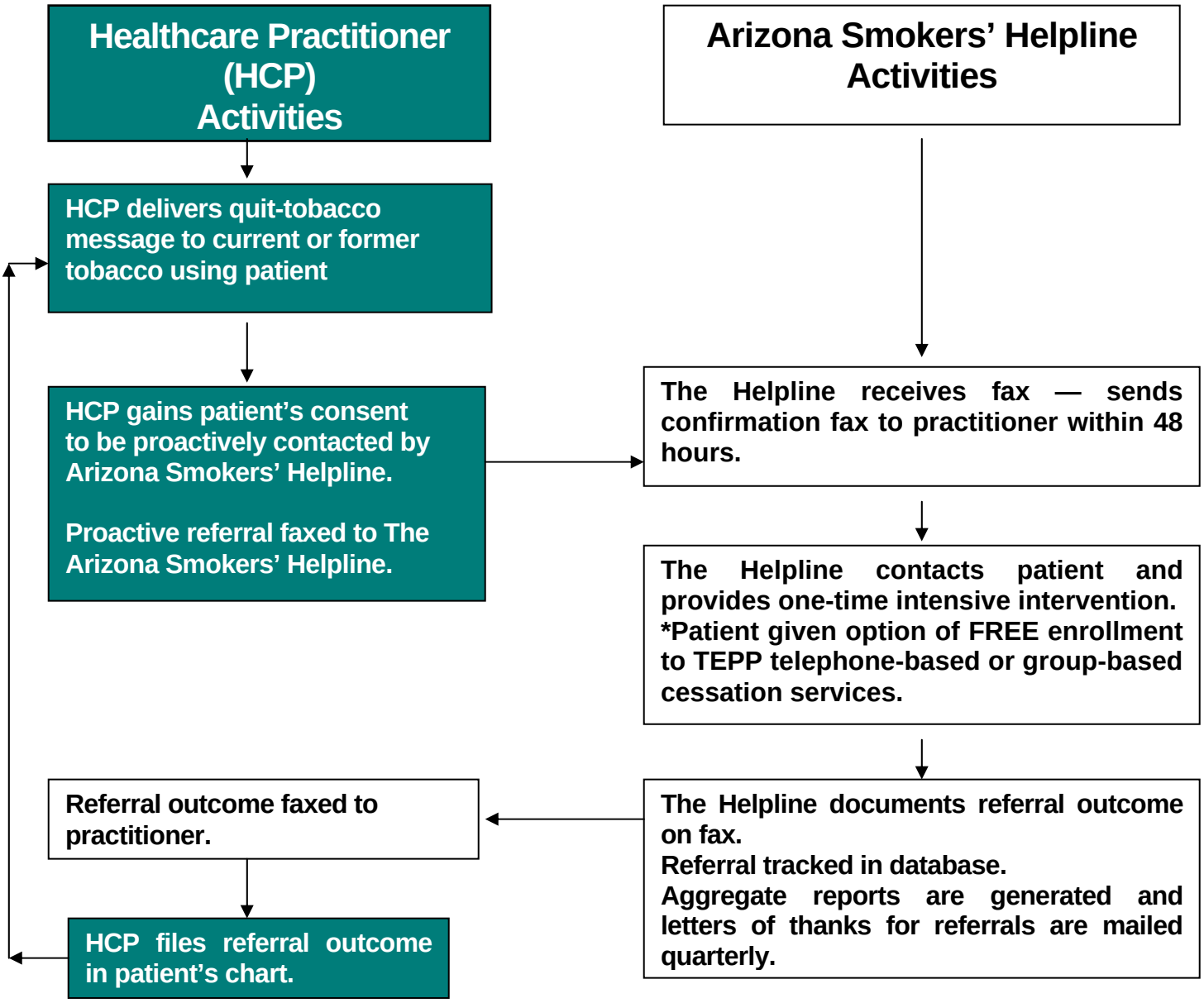
Intra-Agency Section:

If your agency is receiving a proactive referral, please track the patient contact information below, and fax this form back to the provider that sent you this fax: _____ (referring agency's fax number)

Attempt	Date	Time	Result: indicate if service choice is to ☐ Helpline or ☐ Group services
1			☐ Reached, accepted services ☐ Reached, declined all services ☐ Not reached
2			☐ Reached, accepted services ☐ Reached, declined all services ☐ Not reached
3			☐ Reached, accepted services ☐ Reached, declined all services ☐ Not reached

Class Date___/___/___ Facilitator Name:_____ Comments:_____

ARIZONA SMOKERS' HELPLINE
TOBACCO EDUCATION AND PREVENTION PROGRAM (TEPP)
PROACTIVE REFERRAL FLOWCHART FOR PHYSICIANS



*** Patients will receive at a minimum, a one-time intensive intervention tailored to your patient's readiness to quit. Further, your patient will be given the option of enrolling in free, intensive, multiple session quit-tobacco classes or enrollment in free, intensive, multiple session telephone-based counseling. Service enrollment is based upon patient choice.**

Arizona Smokers' Helpline ● P.O Box 210482 ● Tucson, Arizona 85721 ● 800-55-66-222 ● FAX 877-908-8181
In partnership and funded by: Arizona Department of Health Services, Arizona Tobacco Education and Prevention Program.
Prepared by the Network for Information and Counseling a part of the Mel and Enid Zuckerman Arizona College of Public Health.

The Arizona Smokers' Helpline fax site is a secure site.