



FAX TO: Arizona Smokers' Helpline
1-866-897-1263

TODAY'S DATE: ___/___/___

Type of Setting:	FAX BACK #: () -
<input type="checkbox"/> Physician Office <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Dental Office <input type="checkbox"/> BTEP Local Project <input type="checkbox"/> Health Clinic <input type="checkbox"/> HealthLinks <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Worksite <input type="checkbox"/> Other: _____	Referred by: _____ Location/Site: _____ Address: _____ City: _____ Zip: _____ Phone: () - _____

Client Consent and Personal Information Section:

I understand that the ASHLine (Arizona Smokers' Helpline) will be contacting me with quit tobacco information, community referrals and/or counseling. My participation is voluntary. I understand that any information I provide will be kept confidential. I give the ASHLine and the referring agency or physician permission to discuss my use of service.

Client Name (please print)

() _____
Phone: home work cell other

Client or Guardian Signature

Date of Birth: ___/___/___

County of Residence: _____

Verbal consent received

Person obtaining verbal consent (sign and print)

Comments

Spanish Speaker English Speaker

Best time to call:
 8am to 12pm
 12pm to 5pm
 5pm to 8:30pm
 Specific: _____



FAX TO: Arizona Smokers' Helpline
1-866-897-1263

TODAY'S DATE: __/__/__

Type of Setting: <input type="checkbox"/> Physician Office <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Dental Office <input type="checkbox"/> BTEP Local Project <input type="checkbox"/> Health Clinic <input type="checkbox"/> HealthLinks <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Worksite <input type="checkbox"/> Other: _____	FAX BACK #: () _____ - _____ Referred by: _____ Location/Site: _____ Address: _____ City: _____ Zip: _____ Phone: () _____ - _____
--	--

Sección para Obtener Información y Permiso del Paciente:

Estoy conciente 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. La Línea, el agente o el doctor que me referió, tienen mi permiso, para hablar sobre mi uso del servicio.

Nombre del paciente (en letra imprenta)

() _____
Teléfono: casa trabajo cel otro

Firma del paciente o guardian

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

Permiso se obtuvo verbalmente

Condado de Residencia: _____

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

Comments

Se habla español Se habla ingles

Mejor hora para comunicarnos con el paciente:

- 8am to 12pm
- 12pm to 5pm
- 5pm to 8:30pm
- Specific: _____