



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

LA FECHA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

<p><b>Fax To:</b>  <b>Arizona Smokers' Helpline</b>  <b>1-877-908-8181</b>  Toll-free fax number  Visit <a href="http://www.tepp.org/referralforms">www.tepp.org/referralforms</a> for supplies</p>	<p><b>FROM:</b> (Stamp or write-in your contact information here)</p> <p>Referring Clinician: _____  Attending Physicain: _____  Clinic Name: _____  Address: _____  City: _____ Zip: _____  Phone: _____ Fax: _____</p>
---	--

**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 refirió, para hablar sobre mi uso del servicio.

Nombre del paciente (en letra imprenta ) \_\_\_\_\_

Firma del paciente o guardian \_\_\_\_\_

Permiso se obtuvo verbalmente

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

Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
día/ mes/ año de nacimiento

Mejor hora para comunicarnos con el paciente:

Domicilio del hogar del paciente \_\_\_\_\_

- 8am a 12pm       12pm a 5pm  
 5pm a 8:30pm       Especifique hora: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

- Se habla español       Se habla inglés

Y zona postal \_\_\_\_\_

(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Teléfono:  casa     trabajo     Otro

**Intra-Agency Section:**

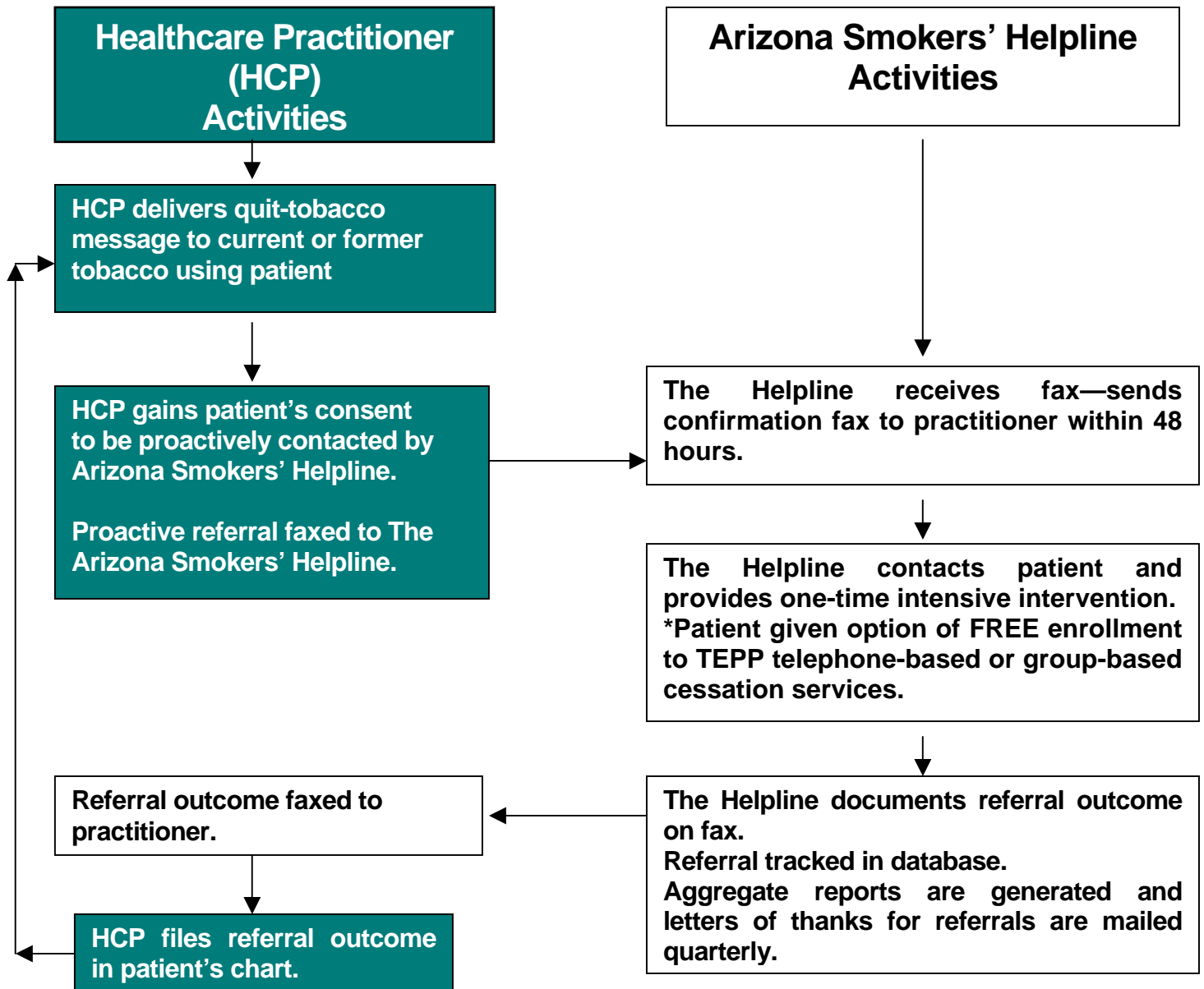
If your agency is receiving a proactive referral, please track the patient contact information below, and fax this form back to the provider that sent you this fax: \_\_\_\_\_ (referring agency's fax number)

Attempt	Date	Time	Result: indicate if service choice is to <input type="checkbox"/> Helpline or <input type="checkbox"/> Group services
1			<input type="checkbox"/> Reached, accepted services <input type="checkbox"/> Reached, declined all services <input type="checkbox"/> Not reached
2			<input type="checkbox"/> Reached, accepted services <input type="checkbox"/> Reached, declined all services <input type="checkbox"/> Not reached
3			<input type="checkbox"/> Reached, accepted services <input type="checkbox"/> Reached, declined all services <input type="checkbox"/> 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.**