

Use this form to refer individuals who are ready to quit tobacco or thinking about quitting to the Colorado QuitLine for free support.

PROVIDER INFORMATION (Print Clearly)

Patient progress reports will be faxed to HIPAA-covered entities ONLY. A valid fax number must be provided to receive reports.

* Indicates Required Fields

Provider name* (First) _____ (Last) _____

Contact name (First) _____ (Last) _____

Clinic/Organization Name* _____ (be specific to support referral tracking)

Address _____

City _____ State _____ Zip _____

Phone* (_____) _____ - _____ Fax* (_____) _____ - _____

Type of HIPAA Covered Entity*:

Healthcare Provider Health Plan Healthcare Clearinghouse Non-Covered Entity

QuitLine can provide nicotine replacement therapy (NRT) to enrolled clients aged 18 and older. Provider consent is required for the QuitLine to send NRT to patients with certain medical conditions. Do any of the following apply to this patient?

Pregnant Breastfeeding Previously instructed to avoid nicotine replacement therapy

I authorize the QuitLine to send the patient nicotine replacement therapy.

Please sign here if the patient may use NRT. _____ Date _____
 (Provider signature)

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (Escriba Claramente)

Esta sección deberá ser completada por la organización que hizo la referencia en nombre del paciente si es que el paciente expresa su consentimiento verbal para dicha participación.

Nombre del paciente* (Primer nombre) _____ (Apellido) _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal* _____

Teléfono* (_____) _____ - _____ Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____

Casa Celular Trabajo ¿Podemos dejar un mensaje de voz en el número provisto?* Sí No ¿Idioma? Inglés Español Otro _____

¿El paciente ha dado su consentimiento para recibir mensajes de texto con mensajes motivacionales creados a su medida y otros eventos del programa, tales como recordatorios de sus citas, envíos, y aniversarios?* Sí No

Podrían aplicar cargos por mensajes estándar y uso de base de datos. El paciente puede optar salir del programa en cualquier momento. Favor de verificar que los pacientes menores de 18 años puedan recibir mensajes en el número provisto.

¿El paciente cuenta con seguro médico? [no es requerido para la participación] Sí No

Sí dijo Sí, por favor especifique _____

¿Requiere arreglos especiales mientras participe del programa como TTY, Traductor o Servicio de relevo?

Medicare Medicaid Otro Seguro médico Nombre del asegurador: _____

***Al presentar esta forma, he verificado que la persona siendo referida ha dado su consentimiento** para participar del programa QuitLine.**

**El consentimiento verbal del participante o del representante autorizado es requerido con el fin de que el programa de QuitLine pueda iniciar contacto con el paciente.