

Referido al Programa de Cesación de Fumar ¡Déjalo ya!

Información Importante

Nombre de la Clínica: _____

Nombre del Profesional de Salud: _____ Lic. Profesional: _____

Dirección Postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Correo electrónico: _____

Firma del profesional de salud

Información del Participante

Nombre del Participante: _____

Fecha de nacimiento: _____ ¿Embarazada? Sí _____ No _____

Dirección Postal: _____

Ciudad: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Teléfono alternativo: _____

¿Desea que se deje mensaje? Sí _____ No _____ Plan Médico: _____

¿Cuándo desea recibir la llamada? ☐ Mañana ☐ Tarde ☐ Noche ☐ No Preferencia

Yo, _____ estoy listo (a) para dejar de usar el tabaco y autorizo que la línea de cesación ¡Déjalo ya! a través de TeleMedik, me contacte para ayudarme con mi plan de cesación. Autorizo a la línea ¡Déjalo ya! a través de TeleMedik a informar a mi proveedor de salud los resultados de mi participación en los servicios de la línea de cesación de fumar.

Firma del Participante

Fecha

¡FELICITACIONES! Usted acaba de tomar un paso muy importante en su vida. El apoyo de los especialistas de la línea de cesación ¡Déjalo ya!, le brindará las herramientas para lograr ese paso tan importante que beneficia su salud y la de los suyos.

PARA USO EXCLUSIVO DE LA LÍNEA DE CESACIÓN ¡DÉJALO YA! MANEJADA POR TELEMEDIK

Iniciales del Consejero (a) _____ Fecha de contacto: _____

Información de Contacto: ☐ No le encontró después de tres intentos ☐ Contacto exitoso

El paciente ingresó al programa: ☐ Sí ☐ No Quitday _____

Comentarios: _____

NOTIFICACIÓN IMPORTANTE:

Este mensaje puede contener información privilegiada y confidencial y está dirigido a la persona o entidad que aparece en esta página. Si usted no es la persona, el empleado o el agente responsable de hacer llegar este mensaje se le notifica que cualquier reproducción, distribución o diseminación de esta información está estrictamente prohibida por ley. Si ha recibido este mensaje por error, favor de destruir el fax y notificarnos inmediatamente al fax 787-625-3804.

DOCUMENTOS CON INFORMACIÓN DE SALUD CONFIDENCIAL:

Este fax contiene información de salud confidencial y personal. Se le está enviando luego de obtener la autorización del paciente o bajo circunstancias que no requieran su autorización. La (s) persona (s) que recibe (n) esta información está (n) obligado (s) a mantener este fax en un lugar seguro y a resguardar su confidencialidad. El compartir esta información sin el consentimiento del paciente o en una manera no consistente con la ley, está prohibido. Si ustedes no mantienen la confidencialidad de estos documentos o si comparten esta información sin la debida autorización pudieran estar sujetos a penalidades descritas en las leyes estatales y federales.

Instrucciones para ayudar a sus participantes a dejar de fumar:

- Pregunte su participante si fuma.
- Hable con el participante acerca del uso del tabaco.
- Verifique si el participante le interesa ingresar a la Línea de Cesación ¡Déjalo ya!.
- Complete el reverso de esta hoja y envíela al fax (787) 625-3804.
- Asegúrese que el participante coloque todos los datos y firme el consentimiento de llamada.

¿Qué es la Línea de Cesación de Fumar ¡Déjalo Ya!

- La línea de cesación de fumar ¡Déjalo ya! 1-877-DEJALOS (1-877-335-2567) es un programa auspiciado por el Departamento de Salud de Puerto Rico, que ofrece consejería telefónica profesional gratuita a las personas interesadas en dejar de fumar.
- Se ofrece ayuda para identificar situaciones en las cuales el fumador siente la necesidad de fumar y, de este modo, explorar nuevas alternativas de manejo que no incluyan el uso de tabaco.
- La información compartida es tratada confidencialmente.
- Horario de servicio es de lunes a viernes de 9:00 a.m. a 9:00 p.m. y los fines de semana y días feriados de 9:00 a.m. a 6:00 p.m.

