

FAX

Proveedor
favor de colocar el
documento original
en la hoja clínica
del paciente.

Fecha de envío: _____

Para: Mom's Quit Connection *Consejero de apoyo para dejar de fumar*

Teléfono: 856-665-6000 **Fax:** 856-665-2875

De: _____
Nombre del proveedor

Nombre de la agencia

Teléfono: _____ **Fax:** _____

Correo electrónico: _____

de páginas (incluyendo la portada): _____

CONSENTIMIENTO

Me han informado sobre Mom's Quit Connection, un servicio GRATUITO para una consejera de fumar para mujeres embarazadas y nuevas madres. Doy permiso para que un consejero de MQC me llame y me diga más sobre el programa. Entiendo que al dejar que alguien se ponga en contacto conmigo, no tengo ninguna obligación de inscribirme para recibir servicios. Entiendo que este formulario se enviará por fax a la oficina de MQC.

La clienta
debe llenar
esta sección

Favor de escribir con letra de molde:

Primer nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____
de apartamento

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Condado: _____

Número telefónico: (____) _____

Horas preferidas para llamar: _____
Mom's Quit Connection horas de operación L-V, 8:30am-5:00pm

Fecha de Nacimiento _____

Firma: _____

Fase de disposición

Favor de marcar lo que le describa mejor:

- Lista para dejarlo
- Dispuesta a hablar sobre dejarlo
- Quiero más información:
 - Sobre dejarlo
 - Sobre el humo de segunda mano

Está embarazada?

Si No

Fecha de parto: _____

Usted tiene o alguna vez ha tenido diabetes?

Si No