

**SPANISH  
FAX REFERRAL FORM**

Updated 2017

**1.800.QUITNOW**

**QUITNOWALABAMA.COM**

**1-800-784-8669**

To be contacted by **Quit Now Alabama**, fax this completed form to: **1-800-692-9023—fax # effective April 1, 2017**

**REFERRING ORGANIZATION: Complete this section**

Organization/ Practice	Contact Name
Clinic/Hosp/Dept	E-mail
Address	Phone (     )     -
City/State/Zip	
Fax (     )     -	<i>If you do not wish to receive fax-back updates on patient referrals enter <b>NA</b> for fax number.</i>
Referrer Signature	Date
Are you a Medical Provider: <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <i>If Yes, please provide credentials: _____</i>	
Please Check: <input type="checkbox"/> Participant agreed to be referred to <b>Quit Now Alabama</b> .	

**PROVIDER: Complete this section (only necessary if one of the below conditions exists)**

Does patient have any of the following conditions:  Pregnant/Breastfeeding  Recent heart attack (past 2 weeks)  
 Recent stroke (past 2 weeks)  Unmanaged high blood pressure  Unmanaged heart arrhythmia OR  Under 18 years old

If yes, please sign to authorize **Quit Now Alabama** to send the patient free, over-the-counter nicotine replacement therapy if available. If provider does not sign and the patient has any of the above listed conditions, **Quit Now Alabama** cannot dispense medication.

Provider Signature	Date
--------------------	------

**PACIENTE: Complete esta sección**

Sí, estoy listo para dejar el tabaco y solicito que me llame un asesor. Entiendo que el **Quit Now Alabama** podría informar a la parte remitente sobre mi participación.

\_\_\_\_\_  
*Iniciales*

Lamarle durante:  Mañana  Tarde  Noche  Fin de semana

¿Podemos dejar un mensaje?  Sí  No

¿Fecha de nacimiento? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Sexo:  Hombre  Mujer

Nombre del paciente (Apellido): \_\_\_\_\_ (Nombre): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono n°1: (     )     - Teléfono n°2: (     )     -

Idioma:  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si la firma del paciente no está disponible:  Marque esta casilla para verificar que tiene la autorización del paciente en sus archivos.

El programa de **Quit Now Alabama** se comunicará con usted en las próximas 24 horas.  
La llamada se hará desde el "1-855-335-3569". Además, este programa está abierto 7 días a la semana.

**FOR QUITLINE REFERRAL, PLEASE FAX COMPLETED FORM TO: 1-800-692-9023**

For additional forms, visit <http://alabamapublichealth.gov/tobacco/>