



Be Well Arkansas / Este Bien Arkansas
 Formulario de Referencia Vía Fax
 Numero de fax: 1-888-827-7057



Fecha del Fax Enviado: ____ / ____ / ____

Clínica/Empresa /Nombre de la organización: _____

Dirección: _____

Persona de contacto: _____

Numero de fax de la Organización () _____ Teléfono: () _____

Información para el proveedor de atención médica: Be Well Arkansas es una entidad que cumple con la Ley de portabilidad y responsabilidad del seguro médico. Sus siglas (HIPAA) Health Insurance Portability and Accountability Act. Be Well solo podrá compartir la información de los resultados del servicio con usted como proveedor si verifica que su organización es una entidad cubierta por HIPAA y que el uso de la información es para fines de tratamiento según lo permitido por HIPAA. *Por Favor Indique si su organización es una entidad cubierta por HIPAA: :*

Para proveedores de atención médica
 ✓ **PREGUNTE** qué forma de tabaco consume y con qué frecuencia.
 ✓ **ACONSEJE:** comuníquese la relevancia, los riesgos, los obstáculos y las recompensas al dejar el tabaco.
 ✓ **REFIERA:** a Be Well Arkansas

Mi organización es una entidad cubierta por HIPAA. ____ Si ____ No

Nombre del Médico o Proveedor de Atención Médica _____

Información del participante: Género: ____ Masculino ____ Femenino Embarazada? ____ Si ____ No

Nombre del Participante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____, AR Zip: _____

Teléfono Principal:(____) - _____ - _____ TIPO: ____ Casa ____ Celular ____ Trabajo ____ Otro

Teléfono Secundario:(____) - _____ - _____ TIPO: ____ Casa ____ Celular ____ Trabajo ____ Otro

Tipo de tabaco (marque TODOS los que correspondan):

____ Cigarrillos ____ Tabaco sin humo ____ Cigarros ____ Cigarrillos electrónicos/Vape

____ Estoy listo para dejar el tabaco y solicitar que *Be Well Arkansas* me contacte para desarrollar
 (Iniciales) mi plan para dejar de fumar.

____ Doy mi permiso a *Be Well Arkansas* para dejar un mensaje cuando me contacte.
 (Iniciales)

Firma del participante: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Obtenido por: _____

Be Well Arkansas le llamará. Por favor, marque el MEJOR tiempo para Be Well comunicarse con usted

8am - 9am 9am - 12 pm 12 pm - 3pm 3pm - 4pm

Por favor póngase en contacto conmigo dentro del período de tiempo anterior.

marque uno: ____ Teléfono primario ____ Teléfono Secundario

NOTA: *Be Well Arkansas opera de lunes a viernes de 8:00am a 4pm.*

Aviso de confidencialidad: Este facsímil contiene información confidencial. Si ha recibido este facsímil por error, notifíquelo inmediatamente al remitente llamando a la persona de contacto que aparece en la parte superior de este formulario y deshágase confidencialmente del material. **No revise, divulgue, copie ni distribuya.**

Confidentiality Notice: This facsimile contains confidential information.
 If you have received this facsimile in error, please notify the sender immediately by calling the contact person listed at the top of this form and confidentially dispose of the material.
Do not review, disclose, copy, or distribute.