



INFORMACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

Nombre de la organización: \_\_\_\_\_

Dirección de la organización \_\_\_\_\_

ID de la organización: \_\_\_\_\_

Teléfono de la organización: \_\_\_\_\_

Fax de la organización: \_\_\_\_\_

Referido por: \_\_\_\_\_

Comentarios

[Empty box for comments]

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Fecha de nacimiento del cliente: \_\_\_\_\_

MM/DD/YYYY

Primer nombre: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_

Nombre preferido: \_\_\_\_\_

Sexo del cliente:

Masculino  Femenino  Transexual\*

*(i.e. \* Barón transexual/identificado como hembra al nacer o hembra transexual/identificada como barón al nacer)*

Usted está actualmente embarazada o esta amantando:  Si  No

Idioma preferido:

Inglés  Español  Mandarín\*

Cantonés\*  Coreano\*  Vietnamita\*

*\*Atención: Las referencias de clientes que hablan algún idioma Asiático serán transferidas confidencialmente a nuestros colegas, Asian Smokers Quitline*

Número de teléfono principal: \_\_\_\_\_  
\_\_ casa \_\_ trabajo \_\_ celular \_\_ otro

Número de teléfono secundario: \_\_\_\_\_  
\_\_ casa \_\_ trabajo \_\_ celular \_\_ otro

Por favor marque esta sección si usted es sordo o tiene problemas auditivos

¿Cuál es la mejor hora para contactarlo/a?

En la mañana  En la tarde

Por la noche  Cualquier hora

CONSENTIMIENTO DEL CLIENTE (por favor escriba sus iniciales en ambas partes y firme abajo)

\_\_\_\_ Yo permito que Arizona Smokers' Helpline (ASHLine) me contacte para ayudarme con mi proceso para dejar el tabaco. Yo permito que ASHLine informe a la organización que me ha referido sobre los resultados de mi referencia.

\_\_\_\_ Yo permito que Arizona Smokers' Helpline (ASHLine) me deje un mensaje cuando no me puedan contactar.

Fecha del guardián o del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Consentimiento verbal recibido por ambas partes arriba

Firma de la persona que haya recibido el consentimiento: \_\_\_\_\_