

## ¿PUEDE UN ENTRENADOR DE QUITLINE COMUNICARSE CON USTED PARA AYUDARLE A DEJAR DE FUMAR?

Si está de acuerdo, favor de proporcionar su información.

(Escriba claramente en letra imprenta)

Su nombre (apellido): \_\_\_\_\_

(Primer nombre): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Género: M \_\_\_ F: \_\_\_

Iniciales. **Estoy listo para dejar de usar tabaco y solicito que "Colorado Quitline" me llame.**

**Entiendo que "Colorado Quitline" informará a mi médico de sobre mi participación y los resultados del programa para dejar de fumar.**

Firma del participante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ *Esta autorización tendrá validez durante un año después de la fecha anotada arriba.*

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ CO Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono #1: \_\_\_\_\_ #2: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

La mejor hora para llamar: mañana \_\_\_ tarde \_\_\_ fin de semana \_\_\_ noche \_\_\_

¿Podríamos dejarle un mensaje? Sí: \_\_\_ No: \_\_\_

Idioma: inglés, español; otro: \_\_\_\_\_

¿Tiene dificultades auditivas y necesita ayuda? Sí \_\_\_ No: \_\_\_

### Información de quien le deriva (Escriba en letra imprenta)

Child Health Clinic Children's Hospital Colorado | 13123 E. 16th Ave | Aurora, CO 80045

Comuníquese al Instituto de la Respiración: Teléfono: 720-777-6181 | Fax: 720-777-7283

**Nosotros enviaremos este cuestionario a Quitline vía fax.**

Fax: 1-800-261-6259 Fecha: \_\_\_\_\_

Phone: 800-QUIT-NOW 800-784-8669

COLO RADO  
**QuitLine**  
*Be tobacco free*

**Aviso de confidencialidad:** Este facsímil contiene información privada. Si lo recibió por error, le agradecemos que se comunique con el remitente de inmediato por teléfono y se deshaga de esta información reservadamente. No la revise, divulgue, copie ni distribuya.



## EL ÚNICO Paso

Lo mejor que usted puede hacer para proteger a su hijo es dejar de fumar. Si usted no esta listo para dejar de fumar, su mejor opción es tomar el 1° Paso (**ONE Step**). **No debe fumar adentro de su casa o del auto si su hijo esta presente.**

Para más información acerca de los peligros de ser fumador pasivo y de cómo dar el PRIMER paso para ayudarle a proteger a su hijo, visite: [RaiseSmokeFreeKids.com](http://RaiseSmokeFreeKids.com)

## PIÉNSELO DOS VECES

**Usted tiene dos razones para dar el 1° Paso (ONE Step).**

Si fuma cerca de su hijo, él

1. **SE ENFERMARÁ con más frecuencia**
2. **Tendrá más probabilidades de comenzar el hábito de fumar**

Child Health Clinic

Children's Hospital Colorado

Affiliated with  
University of Colorado  
Anschutz Medical Campus



800-QUIT-NOW 800-784-8669

- o SIN costo para usted
- o Parches de nicotina GRATIS
- o Plan personalizado GRATIS con un entrenador especializado en técnicas para dejar de fumar (Quit Coach)



# ¿LISTO PARA DEJAR DE FUMAR?

Encierre en un círculo una de las opciones siguientes:



Por favor, comparte esto con su proveedor hoy.



Children's Hospital Colorado

Affiliated with  
University of Colorado  
Anschutz Medical Campus