



Today's Date: \_\_\_\_\_

ORGANIZATION INFORMATION

Organization Name: Pima County Employee Wellness

Organization Address: 150 W. Congress, 4th Floor Tucson, AZ 85701

Organization ID: 8816

Organization Phone: 520-724-2792

Organization Fax: (520) 724-8150

Referred by: \_\_\_\_\_

Comments

[Empty box for comments]

CLIENT INFORMATION

Client Date of Birth: \_\_\_\_\_

MM/DD/YYYY

First Name: \_\_\_\_\_

Last Name: \_\_\_\_\_

Chosen/Preferred Name: \_\_\_\_\_

Client Gender:

Male  Female  Transgender/Gender Variant\*

(i.e. \*Transgender Male/Assigned Female at Birth or Transgender Female/Assigned Male at Birth)

Currently pregnant or breastfeeding?  Yes  No

Preferred Language:

English  Spanish  Mandarin\*  Cantonese\*

Korean\*  Vietnamese\*

\*NOTE: Referrals for clients speaking Asian languages will be confidentially transferred to our partners at the Asian Smokers' Quitline

Preferred Contact Time (select all that apply):

Morning  Afternoon  Evening  Anytime

Primary Phone: \_\_\_\_\_  
\_\_home\_\_work\_\_cell\_\_other

Secondary Phone: \_\_\_\_\_  
\_\_home\_\_work\_\_cell\_\_other

Check box for deaf/hard of hearing (TTD/TTY)

CLIENT CONSENT (please initial in both spaces provided and sign below)

\_\_\_\_ I agree to have the Arizona Smokers' Helpline (ASHLine) contact me to help me with my quit process. I give my permission for the ASHLine to inform the organization referring me about the outcome of my referral.

\_\_\_\_ I give my permission for the Arizona Smokers' Helpline (ASHLine) to leave a message when contacting me if they are unable to reach me.

Client or Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Verbal consent received (for both parts above)

Signature of person obtaining verbal consent: \_\_\_\_\_

Confidentiality Notice: This facsimile contains confidential information. If you have received this facsimile in error, please notify the sender immediately by telephone (520-621-2083) and confidentially dispose of the material. Do not review, disclose, copy or distribute.



Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

Nombre de la organización: Pima County Employee Wellness

Dirección de la organización 150 W. Congress, 4th Floor Tucson, AZ 85701

ID de la organización: 8816

Teléfono de la organización: (520) 724-8114

Fax de la organización: (520) 724-8150

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 amabas partes arriba

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