



- If a patient is interested in quitting smoking, fill out this form with them.
- Fax completed form to 1-866-560-9113.
- The Try-To-STOP Smokers' Quitline will contact the patient, offer free cessation services and send feedback reports to the provider listed below.

## Massachusetts Enrollment Form

Tobacco Users can also call 1-800-Try-To-Stop (1-800-879-8678) to receive services

### Patients: Complete this section

First Name _____	Last Name _____	Are you 18 or older? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Mailing Address _____ ( ) _____	City _____	State _____ Zip _____
Phone Number _____	When should we call? (check all that apply) <input type="checkbox"/> Morning <input type="checkbox"/> Afternoon <input type="checkbox"/> Evening <input type="checkbox"/> No preference	
Language preference: <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Other (specify) _____	May we leave a message? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Primary Insurance: <input type="checkbox"/> Blue Cross Blue Shield MA <input type="checkbox"/> Tufts Health Plan <input type="checkbox"/> Harvard Pilgrim <input type="checkbox"/> MassHealth/Medicaid <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> None		
I authorize this provider to release the information on this enrollment form to QuitWorks so that I may be contacted and participate in the QuitWorks program. I also authorize QuitWorks to disclose information about my progress in attempting to quit smoking to the health care provider listed on this form.		
Patient signature _____	Date _____	

### Health Care Providers: Complete this section

Referring Provider: _____	The Health Connection	Phone Number _____ ( 617 ) 534-2295
Facility: _____	Boston Public Health Commission	Fax Number _____ ( 617 ) 534-5968
Address: _____	1010 Massachusetts Avenue, 2nd Floor, Boston, MA 02118	
Send feedback report to:		
<input type="checkbox"/> Same as above or _____	Sheryl Miller Name	( 617 ) 534-9623 Phone Number
		( 617 ) 534-5968 Fax Number

Copies of this form can be downloaded from [WWW.QUITWORKS.ORG](http://WWW.QUITWORKS.ORG)

**Fax this form toll-free to 1-866-560-9113**



- If a patient is interested in quitting smoking, fill out this form with them.
- Fax completed form to 1-866-560-9113.
- The Try-To-STOP Smokers' Quitline will contact the patient, offer free cessation services and send feedback reports to the provider listed below.

## Formulario de inscripción de Massachusetts

Las personas que usan tabaco también pueden llamar al 1-800-879-8678 para recibir servicios.

### La persona que usa tabaco debe completar la siguiente sección:

Nombre _____		Apellido _____		¿Tiene 18 años de edad o más? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Dirección postal _____ ( ) _____		Ciudad _____		Estado _____	Código postal _____
Número de teléfono _____					
¿Cuándo prefiere que llamemos? (marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noche <input type="checkbox"/> Ninguna preferencia					
Preferencia de idioma: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____					
¿Podemos dejar un mensaje? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Seguro principal de la persona que usa tabaco: <input type="checkbox"/> Blue Cross Blue Shield MA <input type="checkbox"/> Tufts Health Plan <input type="checkbox"/> Harvard Pilgrim <input type="checkbox"/> MassHealth/Medicaid <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ninguno					
Autorizo a este proveedor de servicios de salud a dar la información de este formulario de inscripción a QuitWorks para que puedan contactarme y pueda participar en el programa QuitWorks. También autorizo a QuitWorks a dar información sobre mi progreso en el intento de dejar de fumar al proveedor de servicios de salud nombrado en este formulario.					
Firma de la persona que usa tabaco _____				Fecha _____	

### Los proveedores de servicios de salud completarán esta sección (*Health care providers complete this section*):

Referring Provider: _____	The Health Connection	Phone Number _____	( 617 ) 534-2295
Facility: _____	Boston Public Health Commission	Fax Number _____	( 617 ) 534-5968
Address: _____	1010 Massachusetts Avenue, 2nd Floor, Boston, MA 02118		
Send feedback report to:			
<input type="checkbox"/> Same as above	or Sheryl Miller	( 617 ) 534-9623	( 617 ) 534-5968
	Name	Phone Number	Fax Number