

- If a patient is interested in quitting tobacco, fill out this form with them and **FAX/SEND to 1-866-560-9113**. Feedback reports sent to provider as noted below.
- The **Massachusetts Smokers' Helpline** offers **free cessation services (counseling and NRT)** for all Massachusetts residents regardless of insurance.
- **Inform patients** the QuitWorks call will come from **617-262-2200**. **Four attempts** are made to reach out, starting within 2 business days after submitting a referral.



**MA Quitworks Fax Form**  
**Fax to: 1-866-560-9113**

**PROVIDER INFORMATION (PRINT CLEARLY)**

Feedback will only be sent to **HIPAA covered entities** to the fax number listed below.

**Provider First Name** \_\_\_\_\_ **Provider Last Name** \_\_\_\_\_

**Organization Contact (if applicable): First Name** \_\_\_\_\_ **Last Name** \_\_\_\_\_

**Name of Health System/Hospital/Health Center/Community Organization:** \_\_\_\_\_

**Department or Clinic Name (if applicable):** \_\_\_\_\_

**Address** \_\_\_\_\_

**City** \_\_\_\_\_ **State** \_\_\_\_\_ **Zip** \_\_\_\_\_

**Phone** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **Fax for HIPAA covered entity** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Type of HIPAA Covered Entity:** Healthcare Provider  Health Plan  Healthcare Clearing House  Not Covered Entity

As a HIPAA covered entity you are authorized to receive personal health information for the individual being referred.  
As a Not Covered Entity, personal health information will not be shared back for the individual being referred.

**Provider consent is required to provide nicotine replacement therapy (NRT) to individuals who are pregnant or breast feeding. Is the patient :** Pregnant  Breastfeeding

(If Provider) I authorize the QuitLine to send the patient over-the-counter nicotine replacement therapy.

Please sign here if patient may use NRT. \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_  
*Provider signature*

**PATIENT INFORMATION (PRINT CLEARLY)**

**Patient Name** (First) \_\_\_\_\_ (Last) \_\_\_\_\_

**Address** \_\_\_\_\_

**City** \_\_\_\_\_ **State** \_\_\_\_\_ **Zip** \_\_\_\_\_

**Phone** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Home  Cell  Work

**Are you 18 years of age or older?** Yes  No

**Language?**  English  Spanish;  Other \_\_\_\_\_

**Insurance:**

Blue Cross Blue Shield MA  MassHealth/Medicaid

Tufts Health Plan  Harvard Pilgrim

Other  Name: \_\_\_\_\_

None

**OK to leave a message at number provided?** Yes  No

**Do you require accommodation while participating in the program such as TTY, Translator or Relay Service?**

No  Yes  If yes, please specify \_\_\_\_\_

I, the patient (or authorized representative), give permission to release my information to the Quitworks Program. The purpose of this release is to request an initial phone call to discuss my interest and participation in the tobacco cessation program and allow communication with the provider identified on this form. I may revoke this authorization at any time in writing, but if I do, it will have no effect on actions taken prior to receiving the revocation.

**Patient Signature** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

If filling out form on behalf of the patient:

**Authorized Representative Name:** (First) \_\_\_\_\_ (Last) \_\_\_\_\_

**Signature** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

*\*Participant or Authorized Representative signature required in order to place phone call to the patient.*

**PLEASE FAX COMPLETED FORM TO: 1-866-560-9113 OR MAIL COMPLETED FORM TO:**  
**Quitworks, National Jewish Health, 1400 Jackson St., S104A, Denver, CO 80206**

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



- Programa gratuito de referencia de proveedores basado en evidencias
- Conecta a los pacientes con consejería telefónica a través de la línea de ayuda a fumadores de Massachusetts **1-800-QUIT-NOW** o en línea a través de <https://ma.quitlogix.org/en-US/>.
  - Abierto **24/7** (excepto en el día de Acción de Gracias, Navidad, y con un horario reducido en algunos feriados adicionales)
  - Contamos con consejeros que hablan inglés, español y árabe
  - Contamos con proveedores externos para 190 idiomas adicionales y servicios de traducción
- Los Proveedores cubiertos por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPPA, por sus siglas en inglés) reciben reportes para mantenerse informados sobre el progreso de sus pacientes; también reciben asistencia técnica disponible a través de la [Escuela de Medicina de UMass](#) para el desarrollo de sistemas de intervención de tabaco.

### **Elegibilidad para la Línea de ayuda para fumadores de Massachusetts y QuitWorks**

- Ser residentes de Massachusetts
- Tener 12 años o más para cualquier programa de asesoramiento
- Tener 18 años o más y estar participando en programas de asesoramiento para recibir medicación para dejar de fumar

### **Programa de 5 llamadas – población general**

- 1 llamada de admisión y hasta 5 llamadas de asesoramiento
- Los consumidores de tabaco pueden realizar llamadas sin límite para pedir ayuda
- También proveemos mensajes de texto y programas de asesoramiento en línea
- Si se cumple con alguno de los requisitos de elegibilidad médica, ofrecemos 8 semanas GRATIS de terapia de reemplazo de nicotina (NRT, por sus siglas en inglés)
  - Pueden ser parches, gomas de Mascar o pastillas
  - Se envían directamente al hogar del participante
  - Se envían actualizaciones sobre el estado del envío de NRT
- Amigos, familiares, proveedores, educadores, profesionales, etc. pueden llamar si tienen alguna pregunta

### **Programa Perinatal (período cercano al nacimiento de un hijo)**

- 9 llamadas de asesoramiento: 5 durante el embarazo y 4 después del parto
- El mismo consejero(a) le ayudara en todas las llamadas
- Debe estar embarazada al momento de inscribirse y puede obtener una tarjeta de obsequio de Mastercard de hasta \$65.
- Ayuda mediante mensajes de texto y correos electrónicos durante el programa
- Materiales específicos para dejar de fumar

### **Programa para Nativos Americanos (AI)**

- A Todas las personas que llamen y que se identifiquen como Americanos Nativos (AI, por sus siglas en inglés) se les ofrecerá el Programa de Tabaco Comercial para Americanos Nativos
- Número telefónico y sitio web especializados: 1-855-372-0037 – <https://americanindian.quitlogix.org/>
- Hasta 10 llamadas de consejería con personal especializado para AI
- Ayuda mediante mensajes de texto y correos electrónicos

### **Programa para jóvenes que fuman o vapean (para jóvenes de 12-17 años) MY LIFE, MY QUIT**

- Asesoramiento diseñado específicamente para jóvenes basado en sus necesidades para dejar de fumar
- Especialistas en asesoramiento Juvenil (YCS, por sus siglas en inglés) específicamente capacitados para todos los participantes jóvenes
- Llamar o enviar el mensaje de texto «Start My Quit» al 1-855-891-9989 – <https://mylifemyquit.com/>