

Programa para Dejar el Tabaco/Programa de Renovación Consentimiento para el tratamiento

Miembros del plan de salud

Firme los formularios y regréselos dentro de los 10 días hábiles. Si tiene alguna pregunta, hable con su asesor durante su consulta programada.

Expectativas del programa

- Participar en una evaluación inicial y, como mínimo, en 10 de 12 sesiones de modificación del comportamiento grupales o individuales. Los participantes renovados asistirán a 4 sesiones semanales y luego participarán en sesiones individuales o un grupo del Programa para dejar el Tabaco (TCP) durante las 6 a 8 semanas restantes.
- Para obtener los medicamentos para dejar el tabaco, ya sean con receta o sin receta, debo asistir a **10 de las 12 sesiones** e informar al líder del grupo por lo menos una semana **antes** de que necesite un resurtido.
- Me han informado y entiendo los efectos secundarios vinculados a los medicamentos para dejar el tabaco.
- Si uso medicamentos para dejar el tabaco, informaré cualquier efecto secundario a mi proveedor de atención primaria y al asesor/educador de la salud.
- Si uso medicamentos para dejar el tabaco, acepto no compartir este medicamento con ninguna otra persona.
- Con la ayuda del educador de la salud, desarrollar un plan de abstinencia que incluya la prevención de recaídas.
- Para asistir a mi tratamiento para dejar el tabaco y obtener los medicamentos, autorizo la divulgación de los registros del Programa para dejar el Tabaco (TCP) a mi médico de atención primaria.

He leído y entiendo la información suministrada en este documento. Como paciente del Programa para Dejar el Tabaco, acepto de forma voluntaria participar en el programa y seguir las pautas previstas. Entiendo que puedo suspender o retirar mi consentimiento para el tratamiento en cualquier momento. La admisión en este programa no le otorga un poder a UnitedHealthcare. Confirmando que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de UnitedHealthcare.

Firma:

Fecha: