

Cómo referir sus pacientes a **Kick It California** a través de nuestro formulario web.



PASO 2 Complete TODOS los campos del formulario del profesional y del cliente/paciente

Información del profesional de cesación

Nombre*

Apellido*

Correo electrónico*

Nombre de la clínica/ organización*

Información del paciente/cliente

Nombre*

Apellido*

Fecha de nacimiento
(MM/DD/YYYY)*

Número de teléfono*

123-456-7890

Gender



Language



Consentimiento del paciente/cliente

Obtenga el consentimiento del o de la paciente.
Asesoría disponible para clientes de 13 años en adelante.

Como paciente/cliente o tutor legal del paciente (en caso de ser menor de 18 años) autorizo a la organización que me ha referido a compartir información de contacto con Kick It California con el propósito de ofrecer servicios de cesación por teléfono o correo electrónico.

PASO 4 ✓ Sí, doy mi consentimiento



Una vez completado el formulario, un asesor se pondrá en contacto con el o la cliente en 48 horas.

Verificar



I'm not a robot



reCAPTCHA
Privacy Terms

PASO 5

Enviar

1.800.600.8191

KICK/IT
California