



El Consejo Solicitud de membresía

Fecha de hoy: _____

Nombre: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono celular: _____

Teléfono del trabajo: _____ ¿Podemos llamarlo al trabajo? Sí | No

Correo electrónico: _____

¿Tiene por lo menos tiene 18 años? Sí No

Medida de camisa: S __ M __ L __ XL __ XL __ XXL __ Otro: _____

Relación con los niños: _____

Niños:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

¿El niño fue paciente de Phoenix Children's? __Sí __No

Número de veces por año (*internado, ambulatorio, clínica satélite*): _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

¿El niño fue paciente de Phoenix Children's? __Sí __No

Número de veces por año (*internado, ambulatorio, clínica satélite*): _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

¿El niño fue paciente de Phoenix Children's? __Sí __No

Número de veces por año (*internado, ambulatorio, clínica satélite*): _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

¿El niño fue paciente de Phoenix Children's? __Sí __No

Número de veces por año (*internado, ambulatorio, clínica satélite*): _____

HÁBLENOS DE UD. Y DE SUS EXPERIENCIAS

1) ¿Cómo se enteró de El Consejo?

2) ¿Por qué quiere participar en El Consejo?

3) ¿Cómo describiría una buena relación con un profesional de la salud?

4) ¿En qué querría que El Consejo se ocupara o qué cosas debieran mejorar en Phoenix Children's Hospital y en todas las clínicas del sistema?

5) ¿Puede venir al 70 % de las reuniones? (marque la respuesta abajo)

	Sí	No	No sé
Reuniones durante el almuerzo (11:30a-1p, o, 12p-1:30p)	_____	_____	_____
Reuniones en la cena (4:30p-6:30p o 4:00p-5:30p)	_____	_____	_____
Reuniones mensuales	_____	_____	_____
Reuniones trimestrales	_____	_____	_____

Preguntas optativas. Con sus respuestas intentamos que los consejos sean lo más diversificados posible. Marque todo lo que corresponda

¿Qué servicios usó en Phoenix Children's? (Marque todo lo que corresponda):

Consultorios

- Sala de Emergencias
- Consultorios de cirugía
- Laboratorio
- Radiología
- Clínicas satélite

¿Cuáles?

Unidades de internación

- CVICU (Unidad Cardiovascular de Terapia Intensiva)
- Gastroenterología
- Pediatría General
- Clínica de Hematología y Oncología
- Mercy Gilbert
- Nefrología, diálisis, trasplante
- Neurología, neurocirugía
- NICU (Unidad de Terapia Intensiva Neonatal)
- Ortopedia
- PEMU (Unidad Pediátrica de Monitoreo de Epilepsia)
- PICU (Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica)
- Psiquiatría
- Neumología
- Rehabilitación
- Cirugía
- Trauma
- Otro: _____
- Otro: _____

Clínicas ambulatorias

- Medicina del adolescente
- Alergias, inmunología
- Autismo
- Cardiología
- Pediatría del desarrollo
- Dermatología
- Endocrinología
- Garganta, nariz y oídos
- Gastroenterología
- Apoyo al género
- Pediatría General
- Genética
- Clínica de Hematología y Oncología
- Hepatología (hígado)
- Nefrología, diálisis, trasplante
- Neurología, neurocirugía
- Oftalmología
- Ortopedia
- Psiquiatría
- Psicología
- Neumología
- Rehabilitación
- Ensayos clínicos (investigación)
- Reumatología
- Trasplante
- Urología
- Otro: _____
- Otro: _____

Etnia

- Afroamericano
- Indio americano, alaskaño
- Asiático, de las islas del Pacífico
- Caucásico
- Hispano, latino
- Otro _____

Idioma

Idioma principal: _____

Otros idiomas que habla (Marque todo lo que corresponda):

- lenguaje de señas americano
- árabe
- inglés
- navajo
- somalí
- español
- vietnamita
- Otro (*Aclare*): _____

Los consejos asesores de pacientes y familias debieran reflejar la diversidad cultural de las familias que usan los servicios en Phoenix Children's. Por favor, agregue información sobre su familia que podría agregar diversidad al programa. *Por ejemplo, aportes étnico, racial, espiritual, social, económico, educacional, geográfico, de género, orientación sexual, estructura familiar exclusiva, discapacidades por enfermedad, enfermedad crónica, progenitor único, progenitor con trabajo completo, abuelos, etc.*

¿Hay alguna otra cosa que le gustaría decirnos?

Comprendo que completar esta solicitud no vincula al solicitante ni a los coordinadores del programa de ninguna manera. Los consejos (PFAC) se reservan el derecho de elegir a los solicitantes que mejor satisfagan las necesidades del programa. Para participar en un Consejo PFAC deberá firmar un acuerdo de confidencialidad. (Escriba su nombre y ponga la fecha)

Firma

Fecha

Para más información, comuníquese con
Teresa Boeger: tboeger@phoenixchildrens.com