



## Formulario de Solicitud para ser Consejero de Pacientes y Familiares

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Método de contacto preferido:  Hogar  Oficina  Celular  Correo electrónico

Otro (por favor, especifique): \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de oficina: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Idioma principal:  Inglés  Español  Vietnamita  Árabe  Frances

Otro (por favor, especifique) \_\_\_\_\_

Por favor, tómese unos minutos para completar las siguientes preguntas que nos ayudarán a conocerlo mejor.

1. Usted es...  Paciente  Familiar de un paciente

2. Nosotros entendemos que nuestros consejeros de pacientes y familiares tienen vidas ocupadas. ¿Cuánto tiempo puede dedicar a ser consejero de pacientes y familiares cada mes? (marque uno)

Menos de una hora por mes  Una o dos horas por mes

Tres a cuatro horas por mes  Más de cuatro horas por mes

3. ¿Estaría disponible para participar en persona en 10 reuniones mensuales al año? (Aún puede ser consejero si responde "No").

Sí  No

Si la respuesta es Sí, ¿qué horario sería mejor para usted (seleccione todos los que correspondan)?

Mañana  Tarde  Noche  Otro (por favor, especifique): \_\_\_\_\_

4. ¿Cómo quiere ayudar? Yo quiero: (marque todas sus áreas de interés)

Ayudar a desarrollar o revisar materiales informativos para pacientes y familiares.

Ayudar a mejorar el rol del paciente y la familia en la toma de decisiones sobre la atención

\_\_\_\_\_ Revisar los procedimientos y brindar información para mejorar la experiencia de atención al paciente.

\_\_\_\_\_ Otras áreas de interés (por favor describa):

---

---

---

---

---

Por favor, cuéntenos acerca de usted.

6. ¿Por qué le gustaría trabajar como consejero de pacientes y familiares?

---

---

---

---

---

7. ¿Cuáles son algunas de las cosas que le gustaría que LFMC hiciera de manera diferente para ayudar mejor a los pacientes y sus familias?

---

---

---

---

---

8. ¿Qué mejoras positivas en la atención al paciente le gustaría ver en LFMC como resultado de su participación en la Junta de Consejo para los Pacientes y Familiares?

---

---

---

---

---

8. ¿Conoce a otras personas o familias que podrían estar interesadas en servir bajo el rol de consejeros? Si es así, por favor proporciónenos su información de contacto.

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Por favor, envíe este formulario por correo, fax o correo electrónico (métodos preferidos) a:

Atención: Kelly Madcharo  
LMEP, 4600 Valley Road  
Lincoln, NE 68510  
Teléfono: (402) 327-6851

Fax: (402) 483-2882

Email: [kmadcharo@lmep.com](mailto:kmadcharo@lmep.com)