



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