



lincoln  
family medicine  
center

## Mẫu Đăng Ký Hội Đồng Cố Vấn Bệnh Nhân và Gia Đình Trung Tâm Y Tế Gia Đình Lincoln

Tên: \_\_\_\_\_

Địa chỉ đường \_\_\_\_\_

Thành phố: \_\_\_\_\_ Tiểu bang: \_\_\_\_\_ Mã vùng: \_\_\_\_\_

Lựa chọn liên lạc bằng:  Nhà  Văn phòng  Điện thoại di động  Thư điện tử \_\_\_\_\_

Cách liên hệ khác (Xin nói cụ thể): \_\_\_\_\_

Điện thoại nhà: \_\_\_\_\_ Điện thoại văn phòng: \_\_\_\_\_

Điện thoại di động: \_\_\_\_\_ Thư điện tử: \_\_\_\_\_

Ngôn ngữ chính:  Tiếng Anh  Tiếng Tây Ban Nha  Việt Nam  Ả Rập  Pháp

Ngôn ngữ khác (Xin nói cụ thể) \_\_\_\_\_

Xin dành một vài phút để hoàn tất các câu hỏi sau đây để giúp chúng tôi hiểu biết về bạn tốt hơn

1. Bạn là một  Bệnh nhân  Thành viên gia đình hay bạn bè

2. Chúng tôi biết rằng những người cố vấn bệnh nhân và gia đình của chúng tôi có cuộc sống bận rộn. Bạn có thể cam kết bao nhiêu thời gian để làm một người cố vấn bệnh nhân và gia đình mỗi tháng? (chọn 1)

Ít hơn một giờ mỗi tháng  Một đến hai giờ mỗi tháng

Ba đến bốn giờ mỗi tháng  Nhiều hơn một giờ mỗi tháng

3. Bạn có thể tham gia 10 cuộc họp có mặt trực tiếp hàng tháng trong một năm? (Bạn vẫn có thể là một người cố vấn nếu câu trả lời của bạn là “Không.”)

Có  Không

Nếu có, thời gian nào sẽ tiện nhất cho bạn (chọn tất cả các câu đúng)?

Buổi sáng  Buổi chiều  Buổi tối  Thời gian khác (vui lòng nói cụ thể): \_\_\_\_\_

4. Bạn muốn giúp thế nào? Tôi muốn: (Đánh dấu mọi lĩnh vực bạn quan tâm)

Giúp phát triển hoặc xem xét các tài liệu thông tin cho các bệnh nhân và thành viên gia đình

\_\_\_\_\_ Giúp cải thiện vai trò của bệnh nhân và gia đình trong việc đưa ra quyết định về chăm sóc

\_\_\_\_\_ Xem xét các quy trình và góp ý kiến để nâng cao trải nghiệm chăm sóc bệnh nhân

\_\_\_\_\_ Các lĩnh vực quan tâm khác (Xin mô tả):

---

---

---

---

---

Xin nói cho chúng tôi viết về bản thân bạn.

6. Tại sao bạn muốn phục vụ như là một người cố vấn bệnh nhân và gia đình?

---

---

---

---

---

7. Những điều gì bạn muốn LFMC làm khác đi để giúp đỡ tốt hơn cho các bệnh nhân và gia đình họ?

---

---

---

---

8. Những cải tiến tích cực nào cho việc chăm sóc bệnh nhân mà bạn muốn thấy tại LFMC nếu bạn tham gia vào Hội Đồng Cố Vấn Bệnh Nhân và Gia Đình?

---

---

---

---

8. Bạn có biết những người khác hay các gia đình khác có thể quan tâm đến việc phục vụ như là những người cố vấn? Nếu vậy, xin cung cấp cho chúng tôi thông tin liên lạc.

Tên: \_\_\_\_\_

Số điện thoại: \_\_\_\_\_ Thư điện tử: \_\_\_\_\_

Tên: \_\_\_\_\_

Số điện thoại: \_\_\_\_\_ Thư điện tử: \_\_\_\_\_

Xin gửi mẫu đơn này bằng đường bưu điện, fax, hay thư điện tử (cách được ưa chuộng) đến:

Gửi đến: Kelly Madcharo

LMEP, 4600 Valley Road

Lincoln, NE 68510

Điện thoại: (402) 327-6851

Fax: (402) 483-2882

Thư điện tử: kmadcharo@lmep.com