

Solicitud para Consejero Familiar



Información del Consejero familiar

Nombre completo: _____ Fecha: _____
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

Domicilio: _____
Calle del domicilio

Ciudad Estado Código postal

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Correo electrónico: _____

Lugar de trabajo: _____

Yo soy: La madre El padre Otro: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento del paciente: _____

Diagnóstico: _____

Seleccione los lugares donde han atendido a su niño mientras estuvo en Children's (Marque todos los que correspondan)	Número de consultas en el último año: (Por favor, encierre en círculo)		
	1-2	3-5	>5
<input type="checkbox"/> Departamento de Urgencias <input type="checkbox"/> Dallas <input type="checkbox"/> Plano	1-2	3-5	>5
<input type="checkbox"/> Unidad de pacientes internos <input type="checkbox"/> Dallas <input type="checkbox"/> Plano <input type="checkbox"/> Our Children's House	1-2	3-5	>5
<input type="checkbox"/> Unidad de cuidados intensivos <input type="checkbox"/> Dallas <input type="checkbox"/> Plano	1-2	3-5	>5
<input type="checkbox"/> Ambulatorio (Paciente externo) <input type="checkbox"/> Dallas <input type="checkbox"/> Plano <input type="checkbox"/> Cityville	1-2	3-5	>5
<input type="checkbox"/> Cirugía ambulatoria <input type="checkbox"/> Dallas <input type="checkbox"/> Plano	1-2	3-5	>5
<input type="checkbox"/> Otro: _____			

Seleccione los servicios de especialidad que han atendido a su niño en los últimos dos años: (Marque todos los que correspondan)

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Adolescente/Adulto joven | <input type="checkbox"/> Centro Fetal/Neonatal | <input type="checkbox"/> Nefrología | <input type="checkbox"/> Plástica & Craneofacial |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Cuidados de padres temporales | <input type="checkbox"/> Neurología | <input type="checkbox"/> Psiquiatría/Psicología |
| <input type="checkbox"/> Centro ARCH (Niños en riesgo) | <input type="checkbox"/> Gastroenterología (GI) | <input type="checkbox"/> Neurocirugía | <input type="checkbox"/> Neumología (Pulmones) |
| <input type="checkbox"/> Autismo & Desarrollo | <input type="checkbox"/> Genética | <input type="checkbox"/> Nutrición | <input type="checkbox"/> Medicina física/Rehabilitación |
| <input type="checkbox"/> Cáncer & Trastornos de la Sangre | <input type="checkbox"/> Genecis | <input type="checkbox"/> Oftalmología (Ojo) | <input type="checkbox"/> Radiología (Toma de imágenes) |
| <input type="checkbox"/> Cuidados Complejos | <input type="checkbox"/> Cirugía General | <input type="checkbox"/> Ortopedia/Deportes | <input type="checkbox"/> Reumatología |
| <input type="checkbox"/> Cardiología/Centro del Corazón | <input type="checkbox"/> Cuidados a domicilio | <input type="checkbox"/> Dolor | <input type="checkbox"/> Centro del sueño |
| <input type="checkbox"/> Oídos, Nariz, & Garganta (ENT) | <input type="checkbox"/> Servicios de laboratorio | <input type="checkbox"/> Medicina física/Rehabilitación | <input type="checkbox"/> Urología |
- Otro: _____

Maneras de involucrarse

¿Cómo le gustaría asociarse con Children's Health? (Marque todos los que correspondan)

- Servir en un Departamento/Consejo de Programa Clínico (Por favor, cite el nombre del consejo, si lo conoce) _____
- Servir en un Consejo de Hospital: (Por favor, cite el nombre del consejo, si lo conoce) _____
- Ser un mentor familiar (apoyo de uno a uno para otras familias)
- Trabajar en un proyecto de una sola vez o en proyectos de corto plazo
- Revisar materiales nuevos vía correo electrónico

¿Cuándo está usted disponible? (Marque todos lo que correspondan)

Días de la semana:

- Lunes – viernes (Días de entresemana) Sábados – domingos (Fines de semana) Otro: _____

Horarios en que está disponible:

- 9 a.m. – 12 p.m. (Mañanas) 1 p.m. – 4 p.m. (Tardes) 5 p.m. – 8 p.m. (Noches) Otro: _____

Díganos por qué a usted le gustaría ser un Consejero Familiar en Children's Health. _____

Creemos que la Red de asesores de familias debe estar conformada por diversos tipos de personas. Cuéntenos de qué manera su entorno y sus experiencias pueden favorecer la diversidad de este grupo.

Referencias

Proporcione el nombre de un médico que sea parte del personal que le haya brindado atención a su hijo en algún centro de Children's Health, además del nombre de una persona que no esté vinculada con usted y pueda brindarnos referencias.

Nombre del médico _____

Departamento/Servicio en Children's Health _____

Nombre de la persona de referencia _____

Conexión con usted (Amigo, colega, jefe) _____

Número de teléfono o correo electrónico _____

Pasos Sigüientes & Firma

Pasos siguientes: Examinaremos su solicitud. Es posible que también programemos una breve entrevista telefónica. En caso de ser seleccionado, llevaremos a cabo una evaluación de su entorno, capacitaciones y controles de vacunación (según sea necesario) antes de que desempeñe su función como asesor de familias..

Firma _____

Fecha _____