



Conexión Renal: Programa de Mentoría de Paciente a Paciente Aplicación

Gracias por su interés en el Programa de Mentoría Conexión Renal de Paciente a Paciente. La información que proporcione en esta aplicación nos ayudará a conectarle con un compañero y sólo se utilizará para este programa. Por favor, responda todas las preguntas en este formulario y envíe por fax su solicitud completa a Yessi Cubillo al 609-490-0835. Si tiene preguntas sobre la solicitud o el programa, llame a Yessi Cubillo al 609-490-0310 Ext. 2431.

YO QUIERO:	<input type="checkbox"/> SER UN MENTOR	<input type="checkbox"/> SER CONECTADO(A) CON UN MENTOR	Yo sé el nombre del mentor(a) con quien me gustaría conectar: _____
-------------------	---	--	---

Información del Paciente

Sr. Sra. Srta. Otro: _____

Nombre: _____

Apellido: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____

Celular: _____

Email: _____

Cuéntenos de Usted

Seleccione su edad:

18–24 años

25–34 años

35–44 años

45–54 años

55–64 años

65+ años

¿Cuánto tiempo lleva como paciente en ESRD / diálisis?

Menos de 1 año

1–3 años

3–5 años

5+ años

Modalidad de tratamiento actual:

Hemodiálisis en el Centro

Hemodiálisis en el Hogar

Diálisis Nocturna

Trasplante

Diálisis Peritoneal

Experiencia previa en modalidad de tratamiento (*seleccione toda que aplique*):

Modalidad	Años de Experiencia
<input type="checkbox"/> Hemodiálisis Centro	
<input type="checkbox"/> Trasplante	
<input type="checkbox"/> Diálisis Nocturna	

Modalidad	Años de Experiencia
<input type="checkbox"/> Hemodiálisis en el Hogar	
<input type="checkbox"/> Diálisis Peritoneal	

Preferencias de Mentoría

Me gustaría que me conectaran con una persona(s):

Masculina

Femenina

No tengo preferencia específica

Tema(s) de Interés:

- Diálisis en el hogar Trasplante Nuevo a diálisis / Descripción general de ESRD
 Other _____

Lenguaje(s) Preferido(s):

- Inglés Español Otro: _____

Me gustaría conectarme con mentor / aprendiz a través de (*seleccione toda que aplique*):

- En persona Teléfono Email Zoom Facetime
 Otro: _____

Qué tan cómodo(a) se siente con el uso de una computadora, Internet, iPad / tableta, teléfono inteligente u otros dispositivos:

- a. Muy cómodo(a), pudiese hasta enseñar una clase
 b. Algo cómodo(a), necesitaría un poco de ayuda
 c. Apenas conozco lo básico, lo suficiente como para entrar y salir del Internet
 d. No me siento cómodo(a) en absoluto, necesito asistencia de uno a uno

Estoy de acuerdo en que he completado esta solicitud para ser considerado(a) para el Programa de Mentoría de Paciente a Paciente y entiendo que la información solo se utilizará para conectar pares de pacientes mentores y aprendices.

Firma: _____ Fecha: _____

Gracias por completar esta aplicación. Por favor pídale al personal de su centro que llene la siguiente parte y le ayude a enviar su solicitud por fax a Yessi Cubillo al 609-490-0835.

INFORMACIÓN DE LA UNIDAD Y PERSONAL

SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL PERSONAL DEL CENTRO

# de Certificación de CMS (CCN)	Nombre de la Unidad

Título del Personal Haciendo Referido

- Administrador(a) Gerente de la Clínica Trabajador(a) Social
 Enfermera(o) Nefrólogo(a) Otro: _____

Nombre: _____ Apellido: _____

Teléfono: _____ Email: _____

- Nuestra unidad no tiene a un mentor. El/la paciente necesita ser emparejado(a) con un mentor de este programa.
 Nuestra unidad tiene un mentor de pacientes activo en este programa.
El/la paciente será emparejado(a) con nuestro mentor(a) llamado(a): _____
 Nuestra unidad tiene un mentor de pacientes activo, pero el paciente necesita ser emparejado(a) con un mentor diferente.

Form Updated: 3/2023