



Conexión Renal:
Programa de Mentoría de Paciente a Paciente
Registro del Mentor(a)

Su Nombre (Mentor): _____

Nombre del paciente (Aprendiz): _____

Los mentores deben completar este formulario por cada paciente que fueron asignados. Una vez completado, entrégueselo al personal de su unidad y/o directamente a Yessi Cubillo del Network. La información que compartamos ayudará a medir las actividades y evaluar los resultados de mentoría.

POR FAVOR ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETADO POR FAX A YESSI CUBILLO AL (609) 490-0835

1. ¿Se llegó a reunir con el/la paciente con quien fue asignado(a)?

- Sí No pude conectar con él/ella Otro: _____
 No → Conflicto de calendarios _____

2. ¿De qué manera se reunió con el/la paciente?

- Zoom / otra plataforma virtual: _____
 Llamada por teléfono
 En el centro de diálisis
 En el centro de trasplante
 Nos reunimos en un lugar público fuera del centro de salud
 Otro:

3. ¿Cuántas veces se reunió con el/la paciente asignado(a)?

- 1 vez
 2 veces
 Más de 2 veces

4. ¿Qué tema(s) discutió con el/la paciente asignado(a)? *Seleccione todos los que correspondan.*

- Hemodiálisis en el hogar Trasplante
 Opciones de diálisis peritoneal Información general de ESRD
 Diálisis en el centro Nuevo en diálisis
 Otro:

5. ¿Compartió algún recurso educativo, como los que se incluyen aquí? https://kidneylearninghub.com/wp-content/uploads/2020/06/ESRDNCCLMSPeerM_Resource508.pdf

- Sí No

En caso afirmativo, ¿qué recursos compartió?:

6. ¿Referiste al/la paciente al personal del centro para obtener apoyo adicional con algún tema en específico?

- Sí No

En caso afirmativo, ¿cuál fue(ron) el/los tema(s)?:

7. ¿Planificas reunirte con este(a) paciente nuevamente en el futuro?

- Sí No

En caso negativo, seleccione de las siguientes opciones:

- Ambos acordamos en comunicarnos de nuevo de ser necesario.
- Paciente asignado(a) ha solicitado un mentor(a) diferente.
- Mentor(a) ha solicitado que se le asigne otro(a) paciente diferente
- Otro:

8. ¿Qué tan cómodo(a) se sintió ayudando al/la paciente asignado(a)?:

- Me sentí bien informado(a) sobre tema(s) discutido(s)
- Sentí que tenía los recursos para brindar apoyo
- Mi experiencia personal con el tema ayudó a facilitar la conversación
- No me sentí bien equipado(a) para abordar las preocupaciones del paciente
- Me hubiese gustado tener más información/capacitación sobre el/los tema(s)
- Otro:

9. Comentarios adicionales / notas para compartir:

He completado este registro para el "Programa de mentoría entre pares de paciente a paciente" a la mejor de mi habilidad y entiendo que esta información se utilizará para apoyar el programa.

Firma: _____ Fecha: _____



¡Gracias por completar este registro de mentores!

IMPORTANTE: Por favor, pídale al personal de su centro que envíe por fax este formulario completo a Yessi Cubillo al 609-490-0835

Form Updated: 9/2022