

Por favor, cuéntenos sobre usted y su familia

Información de contacto

- Mi relación con CHLA
- Paciente
 - Padre
 - Hermano
 - Abuelo
 - Tutor: Parentesco con el niño _____
 - Otro _____

Nombre _____ Apellido _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

N.º de teléfono residencial _____ N.º de teléfono celular _____

Correo electrónico _____

Antecedentes en CHLA

- 1) Soy paciente actual / paciente antiguo / familiar de un paciente de CHLA
 Sí No
- a. En caso afirmativo, lo he sido desde: _____ (año)
- b. Si no, la última vez que me atendieron fue en: _____ (año)

2) Si usted es familiar, por favor, proporcione la siguiente información

Nombre y apellido del paciente de CHLA	Fecha de nacimiento	Parentesco con el niño

- 3) Soy empleado de CHLA Sí No
- a. En caso afirmativo, ¿en qué departamento trabaja? _____
- 4) Actualmente, soy voluntario en CHLA Sí No

5) Su experiencia en CHLA (seleccione todas las opciones que correspondan)

Hospitalización

- Medicina General/Cirugía (por ejemplo, 5E, 5W, 4/5 Duque, 6E, 6W)
- Rehabilitación Hospitalaria
- CV Acute (Cuidados Cardiovasculares Agudos)/CTICU (Cuidados Intensivos Cardiorácicos)
- NICU (Unidad de Cuidados Críticos para Lactantes y Neonatos)
- PICU (Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos)

Paciente Externo

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Medicina para Adolescentes | <input type="checkbox"/> Alergias e Inmunología |
| <input type="checkbox"/> Centro de Oncología y Enfermedades Sanguíneas | <input type="checkbox"/> Centro Ortopédico Infantil |
| <input type="checkbox"/> Craneofacial | <input type="checkbox"/> Odontología |
| <input type="checkbox"/> Dermatología | <input type="checkbox"/> Diálisis (Peritoneal/Hemodiálisis) |
| <input type="checkbox"/> Endocrinología/Metabolismo | <input type="checkbox"/> Centro del Corazón |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterología | <input type="checkbox"/> Nefrología |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades Infecciosas | <input type="checkbox"/> Instituto de la Mente en Desarrollo |
| <input type="checkbox"/> Trasplante de Hígado/Intestino Delgado | <input type="checkbox"/> Genética Médica |
| <input type="checkbox"/> Neurología | <input type="checkbox"/> Neurocirugía |
| <input type="checkbox"/> Oftalmología | <input type="checkbox"/> Otorrinolaringología (ENT) |
| <input type="checkbox"/> Equipo para el Control del Dolor | <input type="checkbox"/> Cuidados Paliativos |
| <input type="checkbox"/> Cirugía Pediátrica | <input type="checkbox"/> Psiquiatría |
| <input type="checkbox"/> Neumología | <input type="checkbox"/> Rehabilitación |
| <input type="checkbox"/> Reumatología | <input type="checkbox"/> (Fisioterapia/Terapia |
| <input type="checkbox"/> Espina Bífida | <input type="checkbox"/> Ocupacional/Fonoaudiología/
Audiología) |
| <input type="checkbox"/> Equipo para el Cuidado de la Herida | |
- Clínicas satélites: Encino, South Bay, Valencia, Santa Mónica, Arcadia
- Departamento de Emergencias
- Clínica de AltaMed en CHLA
- Nombres de otros departamentos o centros: _____

Interés:

- 1) Por favor, díganos cuáles son las oportunidades para conectar con los pacientes y las familias que le interesan. (Marque todas las opciones que correspondan)
- Consejo asesor para pacientes y familias
 - a. Reuniones en persona y por WebEx con la participación virtual del consejo
 - Consejo asesor para familias latinas
 - a. Reuniones en persona y por WebEx
 - Consejo asesor "E"
 - a. Encuestas u opiniones por correo electrónico: desde la casa, por Internet. Normalmente, el compromiso de tiempo es de menos de una hora para cada encuesta o documento.
 - Consejo asesor para familias del Centro de la transición saludable para adolescentes
 - a. Reuniones en persona y por WebEx con encuestas por correo electrónico u opiniones sobre documentos
 - Consejo asesor para Adolescentes y Adultos Jóvenes de CHLA
 - a. Para edades 16-24 con reuniones en persona y por WebEx con encuestas por correo electrónico u opiniones sobre documentos
 - División de Participación de la Red Internacional de Asesoramiento Infantil (iCAN, por sus siglas en inglés)
 - a. Una oportunidad para niños, adolescentes y familias para participar en proyectos que fomentan la salud y el bienestar de los niños.
 - Consejos o comités para enfermedades o trastornos específicos
 - a. Podrían incluir reuniones en persona y por WebEx con encuestas por correo electrónico u opiniones sobre documentos.
 - Consejo asesor para familias del NICU
 - Grupos de debate
 - a. Temas específicos y actividades únicas
 - Pertenecer a un comité del hospital como representante de las familias
 - a. El compromiso de tiempo varía, en persona o por WebEx
 - Grupo de trabajo
 - a. El comité del hospitalario de corta duración es de menos de 12 meses. El compromiso varía. Es posible que sea en persona o por WebEx.
 - Apoyo o divulgación en la comunidad
 - Participación en un programa de apoyo para los padres
 - Hablar en reuniones (por ejemplo, comités de liderazgo)
 - Mejorar la experiencia de la hospitalización de los niños y sus familias.
 - Mejorar la experiencia en las clínicas para pacientes externos
 - Enseñanza para las familias (mejorar la educación que viene en forma escrita o por video)

- Enseñanza para el personal (llevar la perspectiva de los pacientes y las familias a los empleados y al cuerpo docente de CHLA)
- Otros proyectos o intereses. Por favor, explique: _____

2) Por favor, comuníquenos alguna información sobre su interés en unirse y participar con nosotros.

3) ¿Qué tipo de experiencia especial (profesional o personal) le gustaría brindar al consejo?

Disponibilidad de tiempo

1) ¿Dispone de tiempo para asistir o participar?

Durante el horario de atención de 8:30 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes

Por la mañana Por la tarde

Por la tarde y noche, de 4:00 p. m. a 8:00 p. m.

Sábado/domingo

En persona WebEx (Virtual) Correo electrónico o en Internet

Información acerca de las remisiones

1) ¿Cómo se enteró de nosotros?

Página web

Voluntario de CHLA

Empleado de CHLA

Médico de CHLA

Otro _____

2) Si usted tiene la recomendación de un empleado, médico o voluntario de CHLA, por favor, escriba su nombre y departamento _____

Gracias por tomarse el tiempo de contarnos más sobre su interés. Si le elijen para participar en alguna de las oportunidades para conectar con pacientes y familias en CHLA, por favor, tenga presente que debe llenar un formulario de cumplimiento para la participación para conectar con pacientes y familias, y entregarlo al Departamento de Experiencias de los Pacientes. Por favor, devuelva este formulario al Departamento de Experiencias de los Pacientes por correo o por correo electrónico. Si tiene preguntas, también nos puede llamar.

Departamento de Experiencias de los Pacientes
4650 Sunset Blvd., MS#174
Los Angeles, CA, 90027
Correo electrónico: PFAC@chla.usc.edu
Teléfono: (323) 361-4682