

Solicitud para el Comité asesor para pacientes y familias de los Hospitales (UNMH) y Clínicas de la Universidad de Nuevo México

(Application for The University of New Mexico Hospital (UNMH) and Clinics). Email completed form to PFAC@salud.unm.edu.

Se requieren respuestas a todas las preguntas.

Su información de contacto

Fecha de hoy: _____ Su nombre completo: _____

Su número de teléfono: _____ Su correo electrónico: _____

Su dirección postal: _____

¿Cuál es la mejor manera de comunicarnos con usted? Por teléfono Por correo electrónico

Sobre usted

¿Es el inglés su primer idioma? Sí No ¿Tiene al menos 18 años de edad? Sí No

¿Actualmente trabaja en UNMH, UNM Medical Group, o UNM Health Science Campus? Sí No

¿Actualmente es, o alguna vez en el pasado ha sido, voluntario en su comunidad o ha servido en un comité? Sí No

De ser así, cuéntenos más sobre la experiencia y las organizaciones: _____

¿Alguna vez ha formado usted parte de algún programa o comité de voluntariado en UNMH y sus Clínicas? Sí No

De ser así, díganos de cuál programa y cuándo: _____

¿Se siente cómodo trabajando en grupos, expresándose y compartiendo sus ideas? Sí No

Díganos por qué quiere unirse al Comité asesor para pacientes y familias de UNMH (PFAC)

¿Por qué quiere ser miembro del Comité asesor para pacientes y familias de UNMH?

Díganos algo sobre usted para ayudarnos a conocerlo mejor:

Para miembros del personal solamente: ¿Por qué le interesa ofrecer su tiempo como voluntario para trabajar con los pacientes y sus familias para mejorar la atención en UNMH y sus Clínicas?

¿Tiene preguntas?
¡Llámenos!
505-289-6971
PFAC@salud.unm.edu

Le devolveremos la llamada o el correo electrónico lo antes posible.

Cuéntenos sobre sus experiencias de atención al paciente en UNMH y sus Clínicas.

¿Usted o un ser querido suyo se ha atendido en UNMH o en sus Clínicas en los últimos 3 años? Sí No

¿Es usted _____ de UNMH o de sus Clínicas? Marque todos los que le correspondan.

Paciente Familiar de un paciente Cuidador de un paciente Otro: _____

¿Alguna vez usted o un ser querido suyo ha tenido una estancia en UNMH que duró más de 24 horas? Sí No

En los últimos 3 años, ¿cuántas veces ha tenido que estar hospitalizado en UNMH, ya sea usted o una persona a su cargo? _____

¿En cuáles locales de UNMH o sus Clínicas usted o un familiar recibió atención médica? Marque todos los que le correspondan.

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Truman Clinic | <input type="checkbox"/> UNM Hospital Main (Principal) | <input type="checkbox"/> Sandoval Regional Medical Center (SRMC) |
| <input type="checkbox"/> Clínica de los Ojos | <input type="checkbox"/> UNM Children's Hospital (Infantil) | <input type="checkbox"/> Medicina Deportiva y Rehabilitación Ambulatoria |
| <input type="checkbox"/> Carrie Tingley | <input type="checkbox"/> Clínicas de Atención Primaria | <input type="checkbox"/> Clínicas para la Salud de la Mujer;
Obstetricia/Ginecología y Planificación Familiar |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

¿Cómo describiría su experiencia de atención en UNMH y sus Clínicas? _____

El Hospital UNMH o sus Clínicas, ¿qué hicieron bien durante la estancia de usted o de su ser querido? _____

¿Qué podríamos haber hecho de manera diferente? _____

¿Qué le gustaría que UNMH aprendiera de su experiencia de atención al paciente? _____

Preguntas de elegibilidad

¿Podrá asistir a las reuniones del Comité asesor para pacientes y familias de UNMH que se llevarán a cabo por las tardes, entre semana, por 2 horas? Sí No

¿Está dispuesto a recibir las inmunizaciones (vacunas) necesarias para ser parte del Comité asesor para pacientes y familias de UNMH? Estas incluyen las vacunas contra la gripe, varicela, y sarampión, paperas y rubéola (MMR, por sus siglas en inglés). Sí No

¿Está dispuesto a firmar un acuerdo prometiendo no compartir información confidencial que usted podría recibir como miembro del Comité asesor para pacientes y familias de UNMH? Sí No

¿Está dispuesto a permitir que se le haga una verificación de antecedentes? Sí No