

Bienvenido (a)!

En Cancer Services, estamos para ayudarle en este proceso de cancer. Nosotros somos una agencia de "United Way", es por eso que los Servicios que ofrecemos no tienen costo. Llene con sus datos Y así nos ayudara a Servirle mejor!



Fecha: _____

Primer nombre: _____ Inicial 2do. _____ Apellido: _____

Ayúdenos a Comunicarnos con Usted:



Nosotros queremos informarle sobre servicios o programas que estén disponibles o algunos eventos de su interés.

Dirección de su casa: _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip Code _____ County _____

Teléfono de casa: () _____ Celular () _____ Correo electrónico: _____



Nosotros mantendremos su información en forma confidencial. Su correo Electrónico lo usaremos para enviarle información muy importante acerca de nuestros programas, usted puede retirarlo de su lista en cualquier momento.

Raza/origen _____ # de personas que viven con usted en casa (incluyéndose usted) _____

Estado Marital: _____ Género – M / F Edad _____ Fecha Nacimiento _____

La familia y amigos se ven afectados por el diagnóstico de cáncer de un ser querido. Pueden experimentar sentimientos de inquietud y preocupación y desean saber cómo cuidar a sus seres queridos. La mayoría de nuestros programas les pueden

Como Hablar con los niños

Cómo se siente para hablar con sus hijos o nietos acerca de cáncer?

MUY MAL MAL MAS O MENOS BIEN EXCELENTE

Que edad tienen sus hijos/nietos? (18 años hacia abajo) _____



Comunicarse con sus hijos y hablar acerca del diagnóstico de cáncer puede ser difícil. Nosotros podemos proveerle algunos recursos y programas para la edad apropiada para que hable con ellos acerca del cáncer

El cuidado de su Cuidador



ayudar.

Nombre de quien le ayuda con sus cuidados: _____ Relación

familiar: _____

Número telefónico () _____ Correo electrónico _____

Como está manejando el estrés de este diagnóstico su cuidador/ayudante?

MUY MAL MAS O MENOS BIEN EXCELENTE

Acerca de su situación o Diagnóstico:

Los siguientes datos nos ayudarán a tener mas información y servicios para usted y su cuidador/ayudante



Que tipo de cancer tiene usted? _____

Cuando fue Diagnosticado (a)? Mes _____ Año _____

Que tipo de tratamiento ha recibido o va ha recibir? _____

Cirugia? – Fecha _____

Quimioterapia

Radiación

Quien es su Oncologo? _____

En que hospital recibe su tratamiento? _____

Como se siente usted manejando este diagnostic y el estress que le causa?

MUY MAL

MAL

MAS O MENOS

BIEN

EXCELENTE

Recursos tratamiento

Fondos regionales y nacionales podrian estar disponibles para ayudarle con su tratamiento



Tiene seguro de salud actualmente? SI NO

Tipo: Medicare -- Medicaid -- Medicaid (en tramite)- Otro _____

Que tipo de cobertura para medicina tiene? Ninguna -- Medicare D -- Co-pays -Otra _____

Como se siente usted acerca del acceso a la atención médica y los medicamentos que usted necesita?

MAL

REGULAR

BIEN

EXCELENTE

Ayuda/apoyo para su cuerpo y su mente



Existen algunos pasos que usted puede tomar para ayudarse durante y despues del tratamiento.

El tratamiento medico se dirige hacia el tumor, mientras que el programa de Bienestar le puede ayudar con el cuidado de su cuerpo y mente durante todo el proceso. Tenemos disponibles.

Fisicos * Emocional* Mental * Espiritual

Siguiente paso

Ayudenos a saber acerca de usted! Que es su gran preocupación ahora mismo?

Nutrición Estado fisico Comunicación con sus familiares y amigos

Stress / Ansiedad Finanzas Quiere hablar con alguien Otro:



Esperamos poder colaborar con usted y sus cuidadores a medida que pase el tiempo. ¡Estamos aquí para ayudar!