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 asi nos ayudara a Servirle mejor!

CANCER SERVICES
Over 60 Years of Service

Fecha: _____

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

Ayudenos a Comunicarnos con Usted:

Nosotros queremos informarle sobre servicios o programas que esten disponibles o algunos eventos de su interes.

Direccion de su casa: _____

Ciudad _____Estado_____ Zip Code _____ County _____

Telefono de casa: ( ) _____ Celular ( )_____

Correo electronico:_____ _____

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(incluyendose usted)_____

Estado Marital: _____ Genero – ☐ M / ☐ F Edad_____ Fecha Nacimiento_____

La familia y amigos se ven afectados por el diagnóstico de cancer de un ser querido. Pueden experimentar sentimientos de inquietud y preocupación y desean saber como cuidar a sus seres queridos . La mayoria de nuestrso programas les pueden

Como Hablar con los niños

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

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 cancer puede ser dificil. Nosotros podemos Proveerle algunos recursos y programas para la edad apropiada para que hable con ellos acerca del cancer

El cuidado de su Cuidador

ayudar.

Nombre de quien le ayuda con sus cuidados: _____Relación familiar:_____

Numero telefonico ( ) _____ Correo eléctronico_____

Como esta manejando el estress de este diagnostic 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?

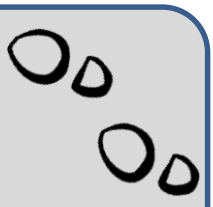
MAL REGULAR BIEN EXCELENTE

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!

RECIBO DE INFORMACION

Nombre de Cliente: _____

Yo doy mi permiso a Cancer Services, los directores, empleados, beneficios públicos y agentes defensores para que ellos puedan obtener de cualquier fuente, incluyendo pero no limitado a hospitales, médicos, agencias, proveedores médicos, agencias de servicios sociales y otros para fotocopiar, revisar, y liberar todos mis documentos y/o información financiera acerca de mi, a la discreción de Cáncer Services, a cualquier y todas las entidades públicas y / o privadas u otra persona con el propósito de evaluar la solicitud y el intento de obtener beneficios públicos o privados para mí y / o mi familia inmediata.

Yo entiendo que Cáncer Services va a ser lo que sea necesario para proteger mi identidad y mi información personal y que solo la información necesaria será publica. La pregunta de privacidad será entre mis doctores y Cáncer Services.

Yo le ___doy o ____ no le doy permiso a Cáncer Services para que use fotos, audio, y videos digitales, u otras representaciones de mi imagen para usos de promover u otros usos.

Este permiso puede ser revocada por mí o mi representante legal en cualquier momento por escrito y dirigido al Director Asistente de Cáncer Services, 3175 Maplewood Ave, Winston-Salem, NC 27103.

Una fotocopia o tele facsímil (o copia por otros medios electrónicos) de este Recibo de Informacion y la Liberación será válida como el documento suscrito originalmente.

Firma _____ Fecha _____

Cáncer Services 3175 Maplewood Ave Winston- Salem, NC 27103
Contáctese con Gloria Hall si tiene más preguntas
336.760.9983 - Fax 336.760.1282