

Conexión Renal: Programa de Mentoría de Paciente a Paciente Aplicación

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de las personas con Medicare para mejorar la experiencia de sus clientes. La Orden Ejecutiva 12862 autoriza a las agencias federales, como CMS, a recopilar información cuando se utiliza para mejorar la calidad del servicio y la satisfacción que desean que tengan las personas con Medicare.

Su respuesta a esta solicitud es voluntaria. Sin embargo, si decide no responder, puede afectar los esfuerzos de CMS para garantizar que las personas con enfermedad renal tengan la oportunidad de participar en un programa de mentores entre pares donde un compañero paciente comparte información y apoya a un paciente recién diagnosticado con enfermedad renal. Las respuestas proporcionadas en esta recopilación se utilizarán solo para el Programa de Mentoría entre Pacientes de Conexión Renal para conectar a aprendices (pacientes que buscan información y experiencias) y mentores (pacientes que proporcionan información y experiencias).

Gracias por su interés en el Programa de Mentoría Conexión Renal de Paciente a Paciente. La información que proporcione en esta aplicación nos ayudará a conectarle con un compañero y sólo se utilizará para este programa. Por favor, responda todas las preguntas en este formulario y envíe por fax su solicitud completa a Renee Bova-Collis al 804-320-5918. Si tiene preguntas, llame a Renee Bova-Collis al 866-651-6272 Ext. 2705.

YO QUIERO:	<input type="checkbox"/> SER UN MENTOR	<input type="checkbox"/> SER CONECTADO(A) CON UN MENTOR
-------------------	---	--

Información del Paciente

Sr. Sra. Srta. Otro: _____

Nombre: _____

Apellido: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____

Celular: _____

Email: _____

Cuéntenos de Usted

Seleccione su rango de edad:

- | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 18–24 años | <input type="checkbox"/> 25–34 años | <input type="checkbox"/> 35–44 años |
| <input type="checkbox"/> 45–54 años | <input type="checkbox"/> 55–64 años | <input type="checkbox"/> 65+ años |

¿Cuánto tiempo lleva siendo paciente de ESRD / diálisis?

- | | | | |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Menos de 1 año | <input type="checkbox"/> 1–3 años | <input type="checkbox"/> 3–5 años | <input type="checkbox"/> 5+ años |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|

Modalidad de tratamiento actual:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hemodiálisis en el Centro | <input type="checkbox"/> Hemodiálisis en el Hogar | <input type="checkbox"/> Diálisis Nocturna |
| <input type="checkbox"/> Trasplante | <input type="checkbox"/> Diálisis Peritoneal | |

Experiencia previa en modalidad de tratamiento (*seleccione toda que aplique*):

Modalidad	Años de Experiencia
<input type="checkbox"/> Hemodiálisis Centro	
<input type="checkbox"/> Trasplante	
<input type="checkbox"/> Diálisis Nocturna	

Modalidad	Años de Experiencia
<input type="checkbox"/> Hemodiálisis en el Hogar	
<input type="checkbox"/> Diálisis Peritoneal	

Preferencias de Mentoría

Me gustaría que me conectaran con persona(s):

- Masculina Femenina No tengo preferencia específica

Tema(s) de Interés:

- Nuevo a diálisis Diálisis en el hogar Trasplante Descripción general de ESRD
- Other _____

Lenguaje(s) Preferido(s):

- Inglés Español Otro: _____
- Chino Francés

Me gustaría conectarme con mentor / aprendiz a través de (*seleccione toda que aplique*):

- En persona Teléfono Email Zoom Facetime
- Otro: _____

Qué tan cómodo(a) se siente con el uso de una computadora, Internet, iPad / tableta, teléfono inteligente u otros dispositivos:

- a. Muy cómodo(a), pudiese hasta enseñar una clase
- b. Algo cómodo(a), necesitaría un poco de ayuda
- c. Apenas conozco lo básico, lo suficiente como para entrar y salir del Internet
- d. No me siento cómodo(a) en absoluto, necesito asistencia de uno a uno

Estoy de acuerdo en que he completado esta solicitud para ser considerado(a) para el Programa de Mentoría de Paciente a Paciente y entiendo que la información solo se utilizará para conectar pares de pacientes mentores y aprendices.

Firma: _____ Fecha: _____

Gracias por completar esta aplicación. Por favor pídale a su centro que llene la siguiente parte y le ayude a enviar su solicitud por fax a Renee Bova-Collis al 804-320-5918.

INFORMACIÓN DE LA UNIDAD Y PERSONAL

SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL PERSONAL DEL CENTRO

# de Certificación de CMS (CCN)	Nombre de la Unidad

Título del Personal Haciendo Referido

- Administrador(a) Gerente de la Clínica Trabajador(a) Social
- Enfermera(o) Nefrólogo(a) Otro: _____

Nombre: _____ Apellido: _____

Teléfono: _____ Email: _____