

Solicitud para el Consejo de Pacientes y Familiares Asesores

Nombre (nombre y apellido): _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Núm. de tel. de casa: _____ Núm. de tel. móvil: _____ Correo electrónico: _____

¿Cómo prefiere que lo contacten? (Encierre en un círculo su respuesta).

Teléfono de casa

Teléfono móvil

Correo electrónico

Las siguientes preguntas nos ayudarán a conocerlo mejor.

1. Usted es...

- el paciente
- el familiar de un paciente

2. ¿Cuándo recibió atención médica en este hospital? (Marque todas las respuestas que correspondan).

- Del 2015 en adelante
- 2014
- 2013
- 2012
- 2011 o antes

3. ¿Qué idioma(s) habla? _____

4. ¿En dónde ha recibido (usted o su familia) atención médica de *MIHS*? (Marque todas las respuestas que correspondan).

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hospital | <input type="checkbox"/> Servicios de diálisis |
| <input type="checkbox"/> Servicios de urgencias | <input type="checkbox"/> Salud mental |
| <input type="checkbox"/> Clínicas de salud familiar | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

5. Sabemos que nuestros pacientes y familiares asesores están muy ocupados. ¿Cuánto tiempo tiene disponible y a qué horas del día estaría disponible para comprometerse a participar en el consejo? (Marque todo lo que corresponda).

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> En la mañana (de 8am a 11am) | <input type="checkbox"/> De 1 a 2 horas al mes |
| <input type="checkbox"/> Al mediodía (de mediodía a 3pm) | <input type="checkbox"/> De 3 a 4 horas al mes |
| <input type="checkbox"/> En la tarde (de 5pm a 7pm) | <input type="checkbox"/> Más de 4 horas al mes |
| <input type="checkbox"/> Menos de 1 hora al mes | |

6. ¿Podrá participar como asesor del consejo por al menos 1 o 2 años? (Aún puede ser asesor si su respuesta es "no").

- Sí
- No

7. ¿Cómo desea ayudar? Quiero: (Marque todas las actividades que le interesen).

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Promover la atención médica centrada en el paciente y la familia. | <input type="checkbox"/> Ofrecer sugerencias durante la etapa de planificación para la construcción de instalaciones nuevas o la remodelación de las instalaciones existentes. |
| <input type="checkbox"/> Ayudar a identificar y a establecer prioridades relacionadas con las políticas, los programas y las prácticas que apoyan a los pacientes y a las familias. | <input type="checkbox"/> Mejorar la satisfacción del paciente y la familia. |
| <input type="checkbox"/> Ayudar con el desarrollo de procesos para fortalecer la comunicación y mejorar la colaboración entre los proveedores médicos y los pacientes y las familias. | <input type="checkbox"/> Ser un vínculo entre la comunidad y el hospital. |
| <input type="checkbox"/> Hacer recomendaciones para el diseño de recursos educativos que les ayuden a los pacientes y a las familias a tomar decisiones sobre la atención médica. | <input type="checkbox"/> Colaborar con la administración y el personal del hospital en cuanto a asuntos que podrían afectar la seguridad de los pacientes y las familias. |
| | <input type="checkbox"/> Otros asuntos (por favor anote una descripción):

_____ |

Por favor cuéntenos de usted.

8. ¿Por qué quiere convertirse en miembro del Consejo de Pacientes y Familiares Asesores?

9. Por favor describa en pocas palabras si tiene experiencia como asesor, voluntario activo o como orador. (No tiene que tener experiencia).

10. Por favor describa cualquier experiencia o interacción positiva que haya tenido con el personal del hospital durante su estadía.

11. Por favor describa cualquier cosa que los médicos y el personal del hospital pudieron haber hecho de mejor manera durante el tiempo que usted o su familiar estuvieron en el hospital.

12. (Opcional) Nuestro Consejo de Pacientes y Familiares Asesores refleja la amplia variedad de experiencias y la diversidad de los pacientes y las familias que atendemos. Por favor, comparta cualquier otro dato sobre usted que considere algo que podría aportar a nuestro equipo de asesores.

Por favor entregue este documento a:

Crystal García, Vicepresidente de Calidad/Seguridad del Paciente

Departamento de Calidad (*Quality Department*)

Dirección: 2601 East Roosevelt St.

Phoenix, AZ 85008

Correo electrónico: crystal.garcia@mihs.org

Si tiene alguna pregunta por favor siéntase con la libertad de llamar al: 602-344-1475, pida hablar con Crystal García