

¿Dudas? ¡Pregúntenos! 505-925-0016 | PFAC@salud.unm.edu Los llamaremos o responderemos por correo electrónico lo antes posible.

Solicitud para el Hospital de la Universidad de Nuevo México (UNMH) y sus clínicas

TODAS LAS PREGUNTAS SON OBLIGATORIAS.

Información de contacto

Fecha de hoy: _____ Nombre completo: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Dirección postal: _____

¿Cuál es la mejor manera de contactar con usted? TELÉFONO CORREO ELECTRÓNICO

Sobre usted

	SÍ	NO		SÍ	NO
¿El inglés es su primer idioma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Trabaja o ha trabajado como voluntario en su comunidad, o ha formado parte de un comité en el pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Tiene 18 años o más?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Actualmente, ¿trabaja para UNMH, UNM Medical Group o UNM Health Sciences?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si es así, hable de su experiencia y las organizaciones:		

¿Se siente cómodo(a) trabajando en grupos, diciendo lo que piensa y compartiendo ideas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha formado parte de algún programa o comité de voluntarios de las clínicas o del Hospital de UNM?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--	--------------------------	--------------------------

Si es así, díganos cuál fue el programa y cuándo:

Explique por qué desea unirse al Comité Asesor compuesto por Pacientes y Familias (PFAC) del Hospital de UNM

¿Por qué desea ser miembro del PFAC en el Hospital de UNM?

¿Dudas? ¡Pregúntenos! 505-925-0016 | PFAC@salud.unm.edu Los llamaremos o responderemos por correo electrónico lo antes posible.

Cuéntenos algo sobre usted para ayudarnos a conocerlo(a) mejor.

¿Dónde ha oído hablar de PFAC? Seleccione todas las que correspondan

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sitio web del Hospital de UNM | <input type="checkbox"/> Por el boca a boca | <input type="checkbox"/> Recomendación de un amigo/familiar |
| <input type="checkbox"/> Folleto publicado | <input type="checkbox"/> Por búsqueda en internet | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |

Su experiencia como paciente

En los últimos 3 años, ¿usted o un ser querido ha sido atendido en el Hospital o las clínicas de UNM?

SÍ	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Es usted...? (seleccione todas las que correspondan)?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Paciente | <input type="checkbox"/> Cuidador de un paciente |
| <input type="checkbox"/> Familiar de un paciente | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

¿Alguna vez usted o un ser querido se ha quedado en el Hospital de UNM por más de 24 horas?

SÍ	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En los últimos 3 años, ¿cuántas veces usted o una persona bajo su cuidado se ha quedado en el Hospital de UNM? _____

¿En qué hospital o clínica fue atendido usted o un familiar? Haga un círculo en todos los que correspondan.

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hospital Principal de UNM | <input type="checkbox"/> Clínicas de atención primaria | <input type="checkbox"/> Centro Médico Regional del Condado de Sandoval (SRMC) |
| <input type="checkbox"/> Hospital de Pediatría de UNM | <input type="checkbox"/> Clínica Truman | <input type="checkbox"/> Medicina Deportiva & Rehabilitación Ambulatoria |
| <input type="checkbox"/> Hospital de Pediatría de UNM | <input type="checkbox"/> Clínica de los Ojos | <input type="checkbox"/> Clínicas para la Salud de la Mujer (OB/GYN y Planificación Familiar) |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

¿Cómo describiría su experiencia con la atención recibida en el Hospital y las clínicas de UNM?

¿Dudas? ¡Pregúntenos! 505-925-0016 | PFAC@salud.unm.edu Los llamaremos o responderemos por correo electrónico lo antes posible.

¿Qué hicieron bien el Hospital o las clínicas de UNM durante su hospitalización o la de su ser querido?

¿Qué podríamos haber hecho de manera diferente?

¿Qué le gustaría que el Hospital de UNM aprendiera sobre su experiencia cuando fue atendido?

Preguntas sobre los requisitos de selección

- | SÍ | NO | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Puede acudir a las reuniones del Comité Asesor compuesto por Pacientes y Familias del Hospital de UNM por 2 horas en las tardes de los días laborales? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Está dispuesto a recibir las vacunas necesarias para formar parte del Comité Asesor compuesto por Pacientes y Familias del Hospital de UNM? Estas incluyen las vacunas contra la gripe (influenza), varicela y sarampión, paperas y rubéola (MMR). |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Está dispuesto a firmar un acuerdo comprometiéndose a no divulgar información confidencial que obtenga como miembro del Comité Asesor compuesto por Pacientes y Familias del Hospital de UNM? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Está dispuesto a someterse a una verificación de antecedentes? |

