

**Patient and Family Advisory Council**

**Application**

Gracias por su interés en el Consejo Consultivo para Pacientes y Familias (PFAC). Las preguntas que figuran en esta aplicación están diseñadas para ayudarnos a asegurar todos los aspectos de la atención de Valley View están representados en el PFAC. Las respuestas son confidenciales y sólo se comparten con los que participan en el examen de los miembros de la PFAC. Por favor complete esta solicitud y alguien estará en contacto con usted pronto para discutir el compromiso y ajuste. Gracias por su interés en el Consejo Consultivo para Pacientes y Familias (PFAC). Las preguntas que figuran en esta aplicación están diseñadas para ayudarnos a asegurar todos los aspectos de la atención de Valley View están representados en el PFAC. Las respuestas son confidenciales y sólo se comparten con los que participan en el examen de los miembros de la PFAC. Por favor complete esta solicitud y alguien estará en contacto con usted pronto para discutir el compromiso y ajuste.

|  |
| --- |
| **Información de contacto** |
| Nombre: | Apellido: | Nombre Preferido: |
|  |  |  |
| Correo Electrónico: | Ciudad: | Código Postal: |
|  |  |  |
| Número de Teléfono: | Idioma Preferido: | Pronombres Preferidos: |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Care Experience** |
| Yo soy/era (compruebe todo lo que aplican): |
|  □ Un Paciente | □ Un Miembro de la Familia de un Paciente | □ Un Cuidador de un Paciente |
| Mi experiencia activa en Valley View como paciente, miembro de la familia o prestador de atención incluye cualquier servicio: |
|  □ En los últimos 12 meses | □ En los últimos 2 a 3 años | □ Hace más de tres años |
| ¿En qué ubicancion (es) recibió atención usted, un miembro de la familia, o otro paciente que cuido? |
|  □ Glenwood Springs  □ Eagle □ Rifle | □ Carbondale□ New Castle□ Silt | □ Willits/Basalt □ Grand Junction□ Aspen |
| Mi cuidado (o su familiar u otro que haya cuidado) fue proporcionado por (compruebe todo lo que aplican): |
|  □ Inpatient hospitalization □ Emergency Department □ Family Birth Place □ Urgent Care □ Cancer Center □ Laboratory □ Psychiatry □ Pediatrics | □ Family Practice□ Women’s Health□ Rehab Services□ Imaging□ Orthopedics□ Pharmacy□ Urology□ Palliative Care | □ Spine Center□ Gastroenterology□ Heart & Vascular□ Internal Medicine□ Lung Center□ Breast Center/Plastic Surgery□ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ¿Cómo supiste de PFAC? |
|  □ Sitio web de Valley View □ Medios Sociales | □ Amigo/Miembro de la familia/Cuidador□ Evento | □ Empleado de Valley View |
| ¿Por qué le gustaría servir en el Consejo Consultivo de Pacientes y Familias? |
|  |
| Cuéntanos sobre la experiencia de tu familia o de tu salud. ¿Qué habrías mejorado con esta experiencia? ¿Qué te impresionó de esta experiencia? |
|  |

CONFIDENTIALIDAD: Toda la información contenida en este formulario se considera confidencial y está destinada a ser utilizada por un Comité Asesor del Consejo Consultivo de Pacientes y Familiares de Valley View.

Todos los pacientes y familias atendidas por Valley View son bienvenidos a solicitar ser miembro del Consejo Consultivo para Pacientes y Familia.

Al firmar, estoy diciendo que entiendo que si es seleccionado para participar en el Consejo Consultivo de Pacientes y Familias, me comprometeré a 12 meses de participación. Esto incluirá la participación en al menos 6 de las 9 reuniones a lo largo del año.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del solicitante Fecha