

**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