



# 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 Yessi Cubillo al 609-490-0835. Si tiene preguntas sobre la solicitud o el programa, llame a Yessi Cubillo al 609-490-0310 Ext. 2431.

**YO QUIERO:**     **SER UN MENTOR**     **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:

18–24 años

25–34 años

35–44 años

45–54 años

55–64 años

65+ años

¿Cuánto tiempo lleva siendo paciente de ESRD / diálisis?

Menos de 1 año

1–3 años

3–5 años

5+ años

Modalidad de tratamiento actual:

Hemodiálisis en el Centro

Hemodiálisis en el Hogar

Diálisis Nocturna

Trasplante

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 Yessi Cubillo al 609-490-0835.**

### 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: \_\_\_\_\_