

Formulario de referencia de Baller

* Required

1. Nombre y apellido del paciente: *

2. Fecha de nacimiento del paciente: *

Example: January 7, 2019

3. Escuela / Grado / Universidad del paciente:

4. Número de teléfono: *

5. Dirección de casa: *

6. Dirección postal (si es diferente a la dirección de casa)

7. Dirección Temporal (SI CORRESPONDE):

8. dirección de correo electrónico *

Información de soporte

9. **Se solicita apoyo** *
(Marque todo lo que corresponda)

Check all that apply.

- Regalo o Experiencia
- Asistencia financiera (gasolina/comestibles/facturas personales)
- Gastos médicos
- Recursos durante el tratamiento
- Apoyo/participación de la comunidad dentro del área local

10. ¿Este paciente ha recibido ayuda de otras organizaciones? *

(Tenga en cuenta que ser obsequiado por otra organización no lo excluye de recibir apoyo de BDF).

Sí

No

11.
En caso afirmativo, ¿cuáles organizaciones?

12. ¿El paciente está actualmente afiliado a otra organización sin fines de lucro? *

Sí

No

13. Si está afiliado a otra organización sin fines de lucro, indique el nombre de la organización:

Información de los padres y tutores

Solo se solicita información si el Baller es menor de 18 años.

14. Nombre y apellido del padre/madre tutor

15. Relación de padre/madre/tutor

Check all that apply.

Madre

Padre

Abuelo/Abuela

Padre/Madre adoptivo

Guardián legal

Other: _____

16. Padre/madre/tutor correo electrónico

17. Número de teléfono del padre/madre/tutor

18. Dirección postal del padre/madre/tutor

19. Padre/madre/tutor (2) Nombre y Apellido

20. Relación padre/madre/tutor (2)

Check all that apply.

Madre

Padre

Abuelo/Abuela

Padre/Madre adoptivo

Guardián legal

Other: _____

21. Padre/madre/tutor correo electrónico

22. Padre/madre/tutor (2) Número de teléfono

23. Padre/madre/tutor (2) Dirección de correo

Información de diagnóstico

24. Diagnóstico (forma de cáncer)

25. Centro/Instalaciones de tratamiento

26. Fecha de diagnóstico *

Example: January 7, 2019

27. Cronología del tratamiento actual *

marcar solo uno

Recién diagnosticado (en los últimos 3 meses)

Tratamiento en curso

En espera de procedimiento o trasplante

Postoperatorio

Remisión

Cáncer recurrente

28. Fecha estimada de finalización del tratamiento

Example: January 7, 2019

29. ¿El paciente viaja fuera del estado para recibir tratamiento?

Sí

No

30. En caso afirmativo, ¿a dónde viajan? (Estado/Instalación)

31. Para obsequios o experiencias, divulgue la mejor estimación para el cronograma de obsequios. *

marcar solo uno.

Menos de 3 meses

3-6 meses

6-12 meses

12-18 meses

Other: _____

Información Demográfica

32. ¿Cómo te describirías mejor? *

Check all that apply.

- Indio americano o nativo de Alaska
- Asiático
- Afroamericano
- Hispano/Latino(a)
- Nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico
- Caucásico
- Prefiero no responder
- Other: _____

33. ¿Cuál es su ingreso familiar anual? *

(Solo para familiares directos)

Check all that apply.

- debajo \$36,000
- \$36,000-\$65,000
- \$66,000-\$95,000
- \$96,000-\$125,000
- más que \$125,000
- Prefiero no responder

34. Número total de personas en la familia inmediata del paciente *

Check all that apply.

- 2-4
- 5-7
- 8-10
- 10+
- Prefiero no responder

Información de la persona/agencia de referencia

35. Fecha de referencia *

Example: January 7, 2019

36. refiero a:

Check all that apply.

- Mí mismo
- Un paciente
- Un amigo/amiga

37. ¿Cuál es su afiliación al paciente? *

marcar solo uno.

Sin ánimo de lucro

Médico

Trabajador social

Especialista certificado en vida infantil o miembro del equipo de vida infantil

Sobreviviente de cáncer

Pasado/Presente "Baller"

Personal de la Fundación Baller Dream

38. Nombre y apellido de la persona que refiere *

39. Información de contacto de la persona que refiere. (Teléfono y correo electrónico) *

40. Comentarios adicionales:

Google