



Formulario de Información del Participante

Waterford Place utilizará su información personal sólo para registrarse y tener registro y no la compartirá con fuentes externas. Su información también ayuda a desarrollar y recomendar programas, a la vez que permite a Waterford Place recaudar fondos para seguir sirviendo a las personas afectadas por el cáncer de la manera más eficaz posible. El Centro de Recursos contra el Cáncer Waterford Place es un programa comunitario del Centro Médico Rush Copley. Rush Copley cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, religión, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual o identidad y/o expresión de género. Rush Copley no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Nombre (Por favor escriba en letra de molde):		Fecha de Hoy:	
Nombre Preferido (Por favor escriba en letra de molde):		Pronombres de Preferencia:	
Calle de Domicilio:			
Ciudad:	Estado:	Código de Postal:	País:
Fecha de Nacimiento:	Sexo:	Orientación Sexual:	
Correo Electrónico:			
Número de Teléfono Preferido <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa		Waterford puede dejarle un mensaje? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Nombre del Contacto de Emergencia:		Su relación con el contacto de emergencia:	
Número de Teléfono del Contacto de Emergencia:		Waterford puede dejarle un mensaje? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

Información Específica Sobre El Cáncer

Tipo De Cáncer Primario:	Etapa Del Cáncer: <input type="checkbox"/> Zero <input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Tres <input type="checkbox"/> Cuatro <input type="checkbox"/> Desconocido
Fecha aproximada del diagnóstico de cáncer:	<input type="checkbox"/> Otro _____
¿El cáncer ha hecho metástasis/se ha extendido desde su ubicación original? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Ha reaparecido el cáncer? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso de que sí, fecha en que se enteró de la recurrencia o la metástasis:	
Nombre del Médico (Oncólogo Médico, Oncólogo de Radiación o Cirujano):	
Ubicación del Médico	¿Su médico o alguien de su oficina lo remitió a Waterford Place? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Información Actual Sobre el Tratamiento del Cáncer (Marque las casillas que mejor describan a cada uno)

Estado del Tratamiento <input type="checkbox"/> Antes del Tratamiento <input type="checkbox"/> En Tratamiento Activo <input type="checkbox"/> Tratamiento Finalizado (Fecha de Finalización) _____ <input type="checkbox"/> Sólo Cuidados de Apoyo o Paliativos	Tratamiento Actual <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Vigilar y Esperar <input type="checkbox"/> A Que Se Determine <input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Terapia Dirigida <input type="checkbox"/> Radioterapia <input type="checkbox"/> Transplante de Médula Ósea / Células Madre <input type="checkbox"/> Inmunoterapia <input type="checkbox"/> Hormonas Orales / Terapia Hormonal
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Raza/Etnicidad <input type="checkbox"/> Blanco, No Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Hispano Latino <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico/Nativo de Hawai <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otros	Tradición De Fe <input type="checkbox"/> Judaísmo <input type="checkbox"/> Cristianismo <input type="checkbox"/> Islam <input type="checkbox"/> Hinduismo <input type="checkbox"/> Budismo <input type="checkbox"/> Otros	Su Idioma Principal <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otros: _____ Estado del Seguro Médico <input type="checkbox"/> Seguro Privado <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> No Asegurado
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Información De Apoyo

Adultos <i>(Que viven actualmente con usted)</i>	Relación	
Hijos <i>(Menores de dieciocho años que vivan con usted)</i>	Fecha de Nacimiento	Relación

Ingresos Familiares

En nuestro esfuerzo para proporcionar un recurso útil a todos los participantes y con el fin de informar sobre las subvenciones, Waterford Place solicita información sobre el tamaño de la familia y los ingresos. La información que proporcione será confidencial. Por favor, indique el tamaño de la familia y el nivel de ingresos anual estimado.

Tamaño de Familia	Ingresos Anuales Estimados	
	Por Debajo	Por Encima
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> \$75,000	<input type="checkbox"/> \$75,000
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> \$102,000	<input type="checkbox"/> \$102,000
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> \$128,000	<input type="checkbox"/> \$128,000
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> \$155,000	<input type="checkbox"/> \$155,000
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> \$181,000	<input type="checkbox"/> \$181,000

Liberación y Exención

Yo, el abajo firmante, he elegido voluntariamente participar en las clases / programas / servicios ofrecidos por el Centro de Recursos contra el Cáncer de Waterford Place. Entiendo que la participación en ciertas clases / programas / servicios puede requerir un esfuerzo físico y un nivel mínimo de aptitud física. Estoy de acuerdo en asumir toda la responsabilidad por todas las lesiones que pueda sufrir debido a mi participación en estas actividades. En consideración a la participación en las clases/programas/servicios, estoy de acuerdo en liberar, absolver y eximir a Waterford Place Cancer Resource Center, a Rush Copley Medical Center, Inc. y a Copley Memorial Hospital, Inc. de cualquier responsabilidad de cualquier tipo o naturaleza, incluyendo el robo o la pérdida de bienes personales a causa de mi participación en Waterford Place Cancer Resource Center o de cualquier forma relacionada con ella. Además, entiendo y acepto que si no me presento a dos citas de servicios de terapia complementaria, perderé todas las citas futuras de servicios de terapia complementaria. He leído la exención de responsabilidad anterior y comprendo plenamente su contenido. Acepto voluntariamente los términos y condiciones indicados anteriormente.

Firma Del Participante: _____ Fecha: _____
 Si el participante es menor de 18 años:
 Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Sólo Para Uso De La Oficina

<input type="checkbox"/> Pre-Tratamiento/ En Tratamiento (Sesiones ilimitadas durante 18 meses a partir de la fecha de Dx)	Fecha de Activación (Fecha de Dx/Recurrencia):
<input type="checkbox"/> Tratamiento Completado (12 sesiones durante 24 meses desde la fecha de finalización del tratamiento)	Fecha de Activación (Fecha de Finalización del Tratamiento):
<input type="checkbox"/> Metástasis/Estado Avanzado (Sesiones ilimitadas indefinidamente)	
Puntuación F.T.	<input type="checkbox"/> SGK Elegible