



Candlelighters Para Niños con Cancer • 6600 SW 92nd Avenue, Suite 160 • Portland, OR 97223 • 503.719.4244 • www.candlelightersoregon.org

Formulario de familia nueva

Padre 1
Primer Nombre: _____ Padre 1
Apellido: _____
Padre 2
Primer Nombre: _____ Padre 2
Apellido: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dirección Postal (si es diferente): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono Preferido: _____ Correo Electrónico: _____

Lenguaje Preferido: _____

Nombre de hijo o hija con cáncer: _____ Género: M F Fecha de Nacimiento: _____

Diagnóstico: _____ Fecha de diagnóstico: _____

Tipo de Cancer: Huesos Hepática Retinoblastoma
 Cerebro/CNS (Sistema Nervioso Central) Leucemia SNS (Sistema Nervioso Simpático)
 Carcinoma Linfoma Síndrome de Tejido Blando
 Célula Germinal Riñón Otro: _____

Hospital: DCH RCH ARMMC

Trabajador Social: _____ Doctor: _____

Situación actual: Tratamiento activo Remisión
Fecha de inicio del tratamiento: _____

Nombre de hermano (s):

		Genero:	
#1	_____	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
#2	_____	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
#3	_____	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
#4	_____	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
#5	_____	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F

Autorizo a los proveedores médicos de mi hijo (Doernbecher Children's Hospital, Randall Children's Hospital, etc.) a divulgar información médica protegida a Candlelighters, incluidas hospitalizaciones y citas clínicas, así como información relacionada con la afección médica de mi hijo.

Firma del padre / tutor: _____ Fecha: _____

continúa al dorso de la página...

¿Le gustaría que un representante de Candlelighters se contacte con usted?

Sí No en este momento

¿Cómo se enteró de Candlelighters?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Empleado del Hospital | <input type="checkbox"/> Material publicitario |
| <input type="checkbox"/> Personal en el Hospital de Candlelighters | <input type="checkbox"/> Asistí a un evento de Candlelighters |
| <input type="checkbox"/> Otro: | <input type="checkbox"/> Investigación en línea |
| | <input type="checkbox"/> Familia o Amigo |

Los programas y servicios de Candlelighters son gratuitos para niños y adolescentes de 0 a 21 años que hayan experimentado cáncer y sus familiares directos. Ofrecemos un boletín trimestral con información, actividades familiares, eventos, recursos y más. Para obtener más información sobre Candlelighters, visite nuestro sitio web en www.candlelightersoregon.com.

Estamos interesados en aprender más acerca de nuestros clientes y en recopilar información que nos permita para solicitar fondos de subvenciones en el futuro. Agradecemos enormemente que brinde respuestas a las siguientes preguntas.

Tenga en cuenta que estas preguntas son opcionales y todas las respuestas se mantendrán confidenciales y no tendrán ningún impacto en el proceso de aprobación de ninguna de nuestra programación.

Datos familiares (marque todos los que correspondan):

Raza y origen étnico:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hispano / Latino | <input type="checkbox"/> Asiático o Asiático Americano |
| <input type="checkbox"/> Afroamericano o Negro | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o Islas del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Blanco o Caucásico |
| <input type="checkbox"/> Árabe o Medio Oriente | <input type="checkbox"/> Otro |

El más alto nivel de educación para el primer padre:

- Escuela Secundaria
- Universidad Comunitaria
- Algo de Universidad
- Licenciatura
- Maestría

El más alto nivel de educación para el segundo padre:

- Escuela Secundaria
- Universidad Comunitaria
- Algo de Universidad
- Licenciatura
- Maestría

Ocupación del primer padre: _____

Ocupación del segundo padre: _____

Ingreso total del hogar:

- Menos de \$10,000
- \$10,000 - \$24,999
- \$25,000 - \$39,999
- \$40,000 - \$49,999
- \$50,000 - \$74,999
- \$75,000 - \$99,999
- \$100,000 o más

¿Recibe Medicaid?

- Si
- No

Situación Militar

- Veterano Protegido
- Veterano
- Veterano Discapacitado
- Veteranos separado o recientemente separado (3 años)
- Otro: