



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](http://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: