



Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Número de Teléfono \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Dirección (Ciudad, Estado, Código Postal) \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

¿Hablas un idioma extranjero?  Si  No

En caso afirmativo, indique el (los) idioma(s): \_\_\_\_\_

## PROGRAMA/DEPARTAMENTO Y SERVICIOS INVOLUCRADOS EN SU ATENCION

Su atención fue principalmente:

- Paciente Hospitalizado
- Paciente Ambulatorio
- Paciente Hospitalizado y Ambulatorio
- Atención de Emergencia
- Otros Programas, Departamentos o Servicios

¿Por qué le gustaría servir como asesor? \_\_\_\_\_

---

---

---

Temas de especial interés para usted: \_\_\_\_\_

---

---

---

Si ha servido como asesor para otros programas u organizaciones, describa brevemente esta experiencia:

---

---

---

¿Cuál es la mayor manera de ponernos en contacto con usted?

- Texto  Correo Electrónico  Teléfono

PORFAVOR, CONSULTE LA PARTE  
POSTERIOR DE ESTE FORMULARIO ►

**Especifique los horarios en los que está disponible para asistir a las reuniones:**

- Diurno       Tardes       Fin de Semana

**Me interesaría ayudar con:**

- Revisión de Herramientas de Satisfacción del Paciente y la Familia
- Desarrollar/Revisar Materiales Educativos para Pacientes/Familiares y Recursos del Sitio Web
- Desarrollo y Actualización del Sitio Web del Hospital
- Planificación de la Atención Ambulatoria
- Planificación para la Atención Hospitalaria
- Planificación para la Experiencia de Atención de Emergencia
- Garantizar la Seguridad del Paciente y la Prevención de Errores Médicos
- Educar a los Estudiantes y Residentes de Medicina, Nuevos Empleados y otro Personal Sobre la Experiencia de la Atención y Comunicación y Apoyo Efectivos
- Participar en la Planificación del Diseño de Instalaciones
- Mejorar la Coordinación de la Atención, la Planificación del Alta y la Transición de la Atención Domiciliaria y Comunitaria
- Desarrollar los Usos de la Tecnología de la Información, Incluidos los Registros Médicos Electrónicos, los Portales de Pacientes y Registros Electrónicos Personales de Salud (EMR)

**¿Conoce a otras personas y familias que han experimentado atención en Franciscan Healthcare que pueda estar interesadas en servir como asesores?**

**Si es así, comuníquese con ellos o enumere su nombre(s) y número(s) de teléfono a continuación:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono o Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono o Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono o Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**Please return this form to: Sister Joy Rose  
430 N. Monitor St.  
West Point, NE 68788  
Correo Electrónico: [jrose@franhealth.org](mailto:jrose@franhealth.org)**

*¡Gracias!*



**Franciscan  
Healthcare**  
*Your health is our passion.*

430 N. Monitor Street | West Point, NE 68788-1595 | P: 402.372.2404 | F: 402.372.2360

*Sponsored by the Franciscan Sisters of Christian Charity*