



PAC

Paciente & Miembro de Familia

Experto en la Materia (SME)

Aplicación

2018 Edición

QIRN3 PAC - Aplicación

Candidato(a) es:	<input type="checkbox"/> Paciente de Diálisis en Centro	<input type="checkbox"/> Paciente de Diálisis en el Hogar
	<input type="checkbox"/> Paciente de Trasplante	<input type="checkbox"/> Miembro de Familia/Cuidador
	<input type="checkbox"/> Personal de Unidad	<input type="checkbox"/> Otro:

Nombre _____

Dirección de Correo Postal _____

Ciudad, Estado, y Código Postal _____

Teléfono del Hogar _____

Teléfono Celular _____

Email _____

Yo me identifico como:		Yo me identifico como Hispano/Latino:
<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Yes
<input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo/Otro Isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Otro	

Sobre Su Experiencia de Diálisis

Nombre de su Centro de Diálisis _____

Nombre del Personal Haciendo Referido a Candidato _____

Email _____

Horario de Diálisis:	<input type="checkbox"/> L/M/V	<input type="checkbox"/> M/J/S	<input type="checkbox"/> N/A
	Hora: _____	Hora: _____	
Esta Usted en Lista de Trasplante?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A		
Años de Experiencia con Diálisis:	_____		

Por favor lea las siguientes afirmaciones (todas deben ser seleccionadas para poder ser considerado):

<input type="checkbox"/> He leído las responsabilidades de los miembros del PAC, la política de participación y membresía y acepto cumplirlas a la mejor de mis habilidades.	<input type="checkbox"/> Yo autorizo a QIRN3 y mi centro de diálisis (si es aplicable) a que utilicen mi nombre y correo electrónico para comunicaciones específicas del PAC.	<input type="checkbox"/> Además autorizo a que QIRN3 utilice mi nombre en donde sea necesario para minutas de las reuniones del PAC y en lista de miembros del PAC en reportes para los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) u otras documentaciones de negocio.
--	---	---

Firma del Candidato(a): _____ **Fecha:** _____

Firma del Personal: _____ **Fecha:** _____

Declaración de Conflicto de Interés & Acuerdo de Confidencialidad

Liste toda *relación* que usted o algún *miembro de su familia* tenga con:

- (1) proveedores de salud,
- (2) organizaciones que hacen negocios con Quality Insights,
- (3) competidores de Quality Insights; o
- (4) agencias gubernamentales que regulen o contraten con Quality Insights.

“Relación” significa:

- (1) empleo, propiedad u otro interés financiero; o
- (2) servicio como director(a), oficial, compañero(a) o gerente.

“Miembro de la familia” significa cónyuge, hijos, hermanos y cualquier miembro que viva en su hogar.

Entidad	Naturaleza de la relación
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Yo certifico que la información suministrada es precisa y fue completada al mejor de mi conocimiento. Me comprometo en actuar en el mejor interés de Quality Insights en el desempeño de mi trabajo y no permitiré interferencia de algún interés financiero o fuera de lo profesional con estas obligaciones. Por consideración a Quality Insights me abstendré de ser participe en cualquier transacción u otro asunto en el que yo o algún miembro de mi familia tenga interés financiero, personal o fuera de la profesional. Ningún miembro de mi familia o yo solicitaremos o aceptaremos regalos, propinas, pago u algo de valor por parte de alguien que haga o pretenda hacer negocio con Quality Insights o quien sea evaluado por Quality Insights. **Me comprometo en mantener confidencialidad de toda información no-pública o privilegiada y en no utilizar dicha información para beneficio personal.** Me comprometo en proveerle a Quality Insights una declaración de conflictos de interés actualizada cuando ocurra algún cambio en la información cual he proporcionado en este documento.

Fecha: _____

Firma

Por favor imprima su nombre

**Please submit completed application via fax to
Yessi Cubillo 609-490-0835
or postal service
QIRN3 - 109 South Main St Suite 21 Cranbury, NJ 08512**

Información de Contacto



Quality
Insights

Renal Network 3

POR FAVOR
ENVIE POR FAX O CORREO POSTAL
TODA APLICACION DE MEMBRESIA
Y ACUERDOS PARA EL
COMITÉ ASESOR DE PACIENTES
A

Fax: (609)490-0835

Correo Postal: Quality Insights Renal Network 3
109 South Main St, Suite 21
Cranbury, NJ 08512

Yessi Cubillo

Coordinador de Servicios para el Paciente

(609)490-0310 (Ext. 2431)

ycubillo@nw3.esrd.net

Para presentar una querrela por favor comuníquese con:

Joan Wickizer

Directora de Servicios para el Paciente

(609)490-0310 (Ext. 2430)

jwickizer@nw3.esrd.net

Línea sin Costo para el Paciente: 1-888-877-8400

www.qirn3.org