



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 Trasplante <input type="checkbox"/> Personal de Unidad	<input type="checkbox"/> Paciente de Diálisis en el Hogar <input type="checkbox"/> Miembro de Familia/Cuidador <input type="checkbox"/> Otro:
-------------------------	---	---

Nombre

Dirección de Correo Postal

Ciudad, Estado, y Código Postal

Teléfono del Hogar

Teléfono Celular

Email

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

Sobre Su Experiencia de Diálisis

Nombre de su Centro de Diálisis

Nombre del Personal Haciendo Referido a Candidato

Email

Horario de Diálisis: Hora: _____	<input type="checkbox"/> L/M/V <input type="checkbox"/> M/J/S <input type="checkbox"/> N/A 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 minutos 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 partícipe 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-publica 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 acorra 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



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 querella 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