



PFAC

Patient & Family  
Advisory Council

**PFAC**  
**Paciente, Familiar & Cuidador**  
**Experto en la Materia (SME)**

---

*Aplicación*

**Edición 2021 - 2022**



Quality  
Insights

Renal Network 3

# QIRN3 PFAC - Aplicación

Candidato(a) es:	<input type="checkbox"/> Paciente en Centro de Diálisis	<input type="checkbox"/> Paciente de Hemodiálisis en el Hogar
	<input type="checkbox"/> Paciente de Diálisis Peritoneal	<input type="checkbox"/> Paciente Trasplantado
	<input type="checkbox"/> Miembro de Familia/Cuidador	

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección de Correo Postal \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, y Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono del Hogar \_\_\_\_\_

Teléfono Celular \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

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

Mi idioma primario es:	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Otro: _____
	También soy fluente en: _____		

## Sobre Su Experiencia de Diálisis

Nombre de su Centro de Diálisis \_\_\_\_\_

Nombre de Personal Refiriendo a Candidato \_\_\_\_\_

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

Años como paciente en diálisis:	Si eres paciente trasplantado, cuantos años trasplantado:	¿Está usted en lista de espera para trasplante?	Tipos de tratamientos anteriores: (marque todos los que apliquen)
_____	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Hemodiálisis en el Centro <input type="checkbox"/> Diálisis Peritoneal <input type="checkbox"/> Hemodiálisis en el Hogar <input type="checkbox"/> Trasplante

**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 PFAC, 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 postal/electrónico para comunicaciones específicas del PFAC.	<input type="checkbox"/> Además autorizo a que QIRN3 utilice mi nombre e imagen en donde sea necesario y grabaciones de las reuniones del PFAC y en reportes para 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

**Por favor envíe aplicación completa por fax a  
Yessi Cubillo 609 490 0835  
ycubillo@qualityinsights.org  
o correo postal  
PO Box 845 Hightstown, NJ 08520**

# Información de Contacto



Quality  
Insights

Renal Network 3

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

---

**Fax:** (609)490-0835

**Correo Postal:** Quality Insights Renal Network 3  
PO Box 845  
Hightstown, NJ 08520

**Email:** [ycubillo@qualityinsights.org](mailto:ycubillo@qualityinsights.org)

---

**Yessi Cubillo**

*Coordinador de Servicios para el Paciente*  
(609)490-0310 (Ext. 2431)

[ycubillo@qualityinsights.org](mailto:ycubillo@qualityinsights.org)

---

**Línea para el Paciente:** 1-888-877-8400

[www.qirn3.org](http://www.qirn3.org)