

**Northern Nevada Children's Cancer Foundation**

3550 Barron Way, #5A, Reno, NV 89511

p.775.825.0888 • f.775.825.4726

www.NvChildrensCancer.org • Info@NvChildrensCancer.org

*Nuestra misión es engrandecer la calidad de vida de los niños con cáncer y sus familias proveyendo asistencia financiera y programas de soporte, siendo partidarios de incrementar fondos para la investigación y crear mayor conciencia pública.*

**APLICACION PARA ASISTENCIA**

*Por favor mande por fax, email o correo la pagina completa a la dirección que se indica en la parte superior.*

**INFORMACION PERSONAL**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  Hombre  Mujer Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Guardián (es) : \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono oficina: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Numero Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Idioma Principal : \_\_\_\_\_ Individuos que viven en casa: \_\_\_\_\_ Adultos \_\_\_\_\_ Niños

Nombres de hermanos y edades: \_\_\_\_\_

Intereses y pasatiempos del paciente: \_\_\_\_\_

**INFORMACION MEDICA**

Enfermedad diagnosticada: \_\_\_\_\_ Fecha de Diagnostico: \_\_\_\_\_

Medico a cargo: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Lugar donde es atendido: \_\_\_\_\_ Nombre de Trabajador(a) Social: \_\_\_\_\_

**INFORMACION ADICIONAL**

Como escucho acerca de NNCCF?: \_\_\_\_\_

Utilice las líneas a continuación para describir gastos médicos y no médicos que pueden requerir asistencia financiera(ejemplo., cuentas de servicios, transporte, etc.). Por favor enliste las necesidades más urgentes y agregue una hoja adicional si es necesario.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**AUTORIZACION PARA LA LIBERACION Y USO DE REGISTROS MEDICOS Y ACUERDO.**

Esta autorización de liberación y uso de registros médicos("liberación") y Acuerdo autoriza el uso de Información Medica Protegida. Quien firma ("el que libera") autoriza a Northern Nevada Children's Cancer Foundation (NNCCF), Corporación en Nevada ("Corporación") a liberar información medica en actividades relacionadas con la Corporación sin fines de lucro de él "liberador" y permite al personal autorizado de NNCCF a hablar directamente con el médico y trabajador(a) social del niño(a).

El liberador accede adicionalmente a la propagación y uso del nombre del niño(a), sus gustos, grabación de su voz de manera individual o en conjunto con fotografías y/o imágenes que se puedan imprimir, televisión, y radio, con el propósito de despertar conciencia del cáncer pediátrico y recaudar fondos para lograr las metas de NNCCF en proveer asistencia financiera a las familias de niños con cáncer.

El liberador reconoce que él/ella tiene el derecho de revocar la autorización en cualquier momento, y que una vez que la información haya sido cedida podría ya no estar protegida bajo la ley federal. El liberador reconoce que él/ella puede rechazar esta autorización por escrito, firmada por el liberador.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso

\_\_\_\_\_  
Fecha