



**Libby's Legacy Breast Cancer Foundation**

Dirección: 112 Annie St., Orlando, FL 32806

Teléfono: 407.898.1991

Línea Fax: 407.431.0102

[info@libbyslegacy.org](mailto:info@libbyslegacy.org) [www.libbyslegacy.org](http://www.libbyslegacy.org)

**Aplicación Servicios de Apoyo al Pacientes**

LLBCF usa la siguiente información para determinar la necesidad de servicios. Toda información provista se mantiene confidencial, excepto en situaciones específicas.

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre completo: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_

Por favor marque su estado residencial en EEUU: Ciudadano\_\_\_\_ Residente\_\_\_\_ Visa\_\_\_\_ Indocumentado\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle/Avenida      Apartamento      Ciudad      Estado      Código Postal      País

Números de teléfono: Hogar \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Preferencia de contacto telefónico: Hogar / Celular / Trabajo      Hora de preferencia: Mañana / Tarde / Noche

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ Tiene acceso a una computadora? Si / No

Indique su preferencia para contactarlo: Correo electrónico / Llamada telefónica / Correo (carta)

Etnicidad/Raza: \_\_\_\_\_ ¿Cómo te identificas? (Seleccione Una) \_\_\_\_ Lesbiana \_\_\_\_ Gay  
\_\_\_\_ Transgenero \_\_\_\_ Bisexual \_\_\_\_ Heterosexual

¿Quién lo refirió a LLBCF? \_\_\_\_\_

¿Usted ha sido paciente de la de Libby's Legacy? Si / No

¿Tiene usted empleo? Si / No      Clase de empleo: medio tiempo / tiempo completo

Si tiene empleo, quien es su empleador? \_\_\_\_\_

Si no tiene empleo, cual es la razón? \_\_\_\_\_ Ultimo año en que trabajo \_\_\_\_\_

¿Tiene usted seguro medico: Si / No \_\_\_\_\_

Oncólogo: \_\_\_\_\_

Dirección/ Número de teléfono de Oncólogo:  
\_\_\_\_\_

Fecha de Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Etapa: \_\_\_\_\_

¿Actualmente está usted bajo algún tratamiento? Si / No

Si lo está, por favor explique (incluya número de días a la semana que los recibe y lugar del mismo.)  
\_\_\_\_\_

Fecha tratamiento inició o se iniciará: \_\_\_\_\_

¿Tiene algún sistema de soporte familiar/ amigos? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No

Si tienes soporte, por favor describe: \_\_\_\_\_

¿Qué servicios usted necesita?

- \_\_\_\_\_ Apoyo con tratamientos
- \_\_\_\_\_ Representante para atender citas/tratamientos
- \_\_\_\_\_ Grupo de respaldo

Contacto en caso de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Paciente: Prueba de su Entendimiento**

Yo he leído y entiendo lo establecido en los párrafos anteriores, y declaro que la información provista en este documento es verdadera y completa, sin consigna. Yo permito el intercambio de información entre Libby's Legacy Breast Cancer Foundation y otras agencias de la comunidad con el fin de proveer los servicios necesarios.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente / Parentela responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

De esta manera, autorizo a Libby's Legacy Breast Cancer Foundation para compartir información medica apropiada en respecto a mi tratamiento con la clínica/medico que me refirió, (Nombre de la agencia:)

\_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente / Parentela responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Ser llenado por miembro de LLBCF después de este punto.**

Filled out by LLBCF Staff: \_\_\_\_\_ Via: Phone / Walk-in Date \_\_\_\_\_

Application received by \_\_\_\_\_ Via: FAX / MAIL / Walk-in / Email Date \_\_\_\_\_

Reviewed by \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_