

Gilda's Club Quad Cities
FORMULARIO DE MEMBRESIA ANUAL

Recopilamos información sobre cada miembro para comprender mejor quiénes acuden a nuestros programas. La información personal se mantendrá confidencial. Como organización sin fines de lucro que no cobra por nuestros servicios, dependemos únicamente de las donaciones para suscribir nuestro programa y necesitamos la siguiente información para ayudar a asegurar la financiación. La información proporcionada a los financiadores no incluye información de identificación. Sus respuestas, de ninguna manera, afectarán su capacidad para acceder a todos los programas en Gilda's Club Quad Cities sin cargo. **POR FAVOR ESCRIBIR EN LETRA IMPRENTA. ¡GRACIAS!**

Necesita Servicios de Traducción: Sí No Fecha: _____

Ubicación: Moline Clubhouse en Trinity Davenport Clubhouse en Genesis Clinton Outreach Muscatine Outreach Otro

Fecha de Nacimiento: _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial segundo nombre: _____

Nombre preferido: _____ Empleador: _____ ¿Tiene niños menores de 18 años? Sí No

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono (marcar preferencia): (Hogar)() _____ (Celular)() _____ (Trabajo)() _____

Correo electrónico: _____

Me registro como: Persona que vive con cáncer Sobreviviente Persona de apoyo Afligido Profesional de la salud

Si es una persona de apoyo, ¿A quién brinda apoyo? _____ ¿Cuál es su relación? _____

Si es una persona afligida, ¿cuándo falleció su ser querido? _____

¿Cómo le gustaría que le enviemos nuestro calendario de programa? Correo Correo electrónico No enviar

¿Le gustaría ser notificado sobre otras actividades de miembros? Sí No

¿Le gustaría recibir una notificación sobre eventos de recaudación de fondos? Sí No

Nombre de Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____

Teléfono: (Hogar)() _____ (Trabajo)() _____ (Celular)() _____

¿Cómo nos conoció? Doctor Enfermero/ Navegador de Enfermería Trabajador Social Terapeuta Escuela Amigo/Familia
 Personal o Voluntario de Gilda's Club Periodico TV/Radio Internet Redes Sociales Otro

Si fue referido por un profesional de la salud, por favor seleccione el hospital u oficina que lo ha referido:

Genesis Iowa Cancer Specialists Mayo Clinic MercyOne UnityPoint Health – Trinity University of Iowa Otro

POR FAVOR COMPLETE LO SIGUIENTE ACERCA DE USTED O LA PERSONA A LA QUE LE BRINDA APOYO (de ser aplicable):

Diagnóstico de Cáncer (Por favor marcar todos los tipos de cáncer y subrayar el tipo de cáncer primario): Vejiga/Urinario Hueso

Cerebro Mama

Cervical Colon, rectal Cabeza y cuello Riñón Leucemia Hígado Pulmón Linfoma Melanoma/Piel

Mieloma múltiple Ovario Páncreas Próstata Estómago Uterino Otro: _____

Fecha de diagnóstico: _____ ¿está usted (o su ser querido) actualmente en tratamiento? Sí No

Oncólogo Médico: Aggarwal Bender Bosquet Chitneni Constantinou Friemel Garneau Goodheart Hill

Igbal Porubcin Spector Sy Vakkalanka Otro: _____

Centro Médico: Genesis Iowa Cancer Specialists Mayo Clinic MercyOne UnityPoint Health – Trinity University of Iowa

Otro: _____

Autorizo que se le informe a mi oncólogo que estoy asistiendo a Gilda's Club: Sí No

Lo siguiente es opcional y nos permitirá comprender mejor a quién brindamos servicios, y cualquier grupo que sea subrepresentado.

Estado Civil: En pareja conviviendo En pareja Divorciado Viviendo con un ser querido Casado Separado Soltero Viudo

Identidad de género: Hombre Mujer Hombre trans Mujer trans No-binario Otro

Orientación Sexual: Bisexual Gay Lesbiana Heterosexual Otro

Raza/ Etnia: Blanco (no Hispano) Afroamericano (No Hispano) Blanco-Hispano Moreno-Hispano Asiático/ Islas de Pacífico

Indio americano/ Nativo de Alaska / Primeras Naciones

Seguro: Medicare solamente Medicare + privado Medicaid Seguro Privado VA Sin seguro

Estado de empleo: Tiempo Completo/ Parcial Licencia médica Discapacitado Sin empleo Retirado Alumno

Ingresos Anuales del Hogar: Menor \$25,000 \$25,000-49,999 \$50,000-74,999 \$75,000-99,999 Mayor \$100,000

Educación: Menos que secundario Graduado de Secundario/GED Escuela de Oficios Algo de universidad Graduado universitario

Título universitario Posgrado

¿Es usted militar activo o veterano? Sí No

POR FAVOR LEA Y FIRME EL ACUERDO EN LA PÁGINA SIGUIENTE

Gilda's Club Quad Cities
ACUERO DE MIEMBROS

Escriba sus iniciales en cada una de las tres áreas antes de firmar la parte inferior de este formulario. Las inquietudes deben discutirse con un miembro del personal de Gilda's Club Quad Cities.

SOBRE LA PRIVACIDAD:

Se me ha informado que Gilda's Club Quad Cities hará todo lo posible por respetar mi privacidad y mis límites. Entiendo que dado que Gilda's Club Quad Cities es una comunidad de muchas personas, no se puede garantizar mi confidencialidad.

Iniciales: _____

PARTICIPACIÓN DE MIEMBROS EN TALLERES

Entiendo y estoy de acuerdo que:

1. La participación en actividades en Gilda's Club Quad Cities es completamente voluntaria y no es una condición requerida para mi membresía, a pesar de que dicha actividad puede utilizar las instalaciones o instalaciones que son propiedad de Gilda's Club Quad Cities o están bajo su control.
2. Cancer Support Community y sus afiliados, incluido Gilda's Club Quad Cities (denominadas colectivamente "Comunidades de apoyo contra el cáncer"), no hacen ninguna declaración sobre la idoneidad de cualquier actividad física o recreativa en relación con mi condición y habilidades físicas, o la idoneidad o adecuación de cualquier local, instalación, equipo o instrucción utilizada en relación con dichas actividades.
3. Se me ha recomendado que consulte a mi médico u otro profesional de la salud antes de participar en cualquier actividad física y que siga los consejos de mi médico u otro profesional de la salud con respecto a dichas actividades.
4. Cualquier actividad implica algún riesgo de lesión, ya sea aparente o no, y al participar en dicha actividad asumo todos los riesgos, conocidos o desconocidos, previsibles o no:
5. En consideración al consentimiento de Gilda's Club Quad Cities al uso de sus instalaciones y / o instalaciones para actividades recreativas y de entrenamiento físico no relacionadas con el empleo, libero a Gilda's Club Quad Cities de toda responsabilidad por cualquier lesión o daño resultante de o incurrido en relación con mi participación en cualquier programa, excepto en la medida en que tales lesiones o daños sean causados por negligencia grave por parte de Club Quad Cities de Gilda, y acepto indemnizar y eximir de responsabilidad a Club Quad Cities de Gilda con respecto a cualquier reclamo surgiendo de cualquier conducta intencional o negligente de mi parte.

Iniciales: _____

OPCIONAL:

DIVULGACIÓN PUBLICITARIA:

Yo, el abajo firmante, por la presente otorgo a Gilda's Club Quad Cities el derecho, la licencia y el privilegio de usar mi nombre, imagen, fotografía, voz y biografía de la manera que Gilda's Club Quad Cities considere apropiada para promover, publicitar y publicitar. Gilda's Club y sus actividades benéficas. Esto se aplica también a mi (s) hijo (s) u otros menores que puedan estar bajo mi cuidado mientras esté en Gilda's Club Quad Cities.

Iniciales: _____

CONSENTIMIENTO DE ACOMPAÑANTE DE CÁNCER:

Acepto participar en el programa Cancer Companion. El programa de acompañamiento contra el cáncer es donde el personal de Gilda's Club puede conectar a un miembro con el mismo diagnóstico contigo para obtener más apoyo y conexión individual. También acepto servir como posible compañero de otro miembro. Sí No

Iniciales: _____

Firma _____ Fecha _____

To be completed by staff:

First Time Visitor Annual Update

NMM Date: _____ Group NMM Individual NMM

Screening Completed Date: _____ Onsite Online Diagnosed Caregiver

Staff Person: _____ Data Input Date: _____

INFORMACIÓN, AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO A SALUD TELEMENTAL: GRUPO DE APOYO

Este documento indica su consentimiento para participar en sesiones de grupos de apoyo a distancia, también conocidas como telesalud, que se llevan a cabo en una plataforma de telesalud compatible con HIPAA, Zoom. Además, este documento está diseñado para informarle sobre lo que puede esperar con respecto a la confidencialidad, las emergencias y varios otros detalles durante la participación grupal en lo que respecta a la salud TeleMental en el Gilda's Club - Quad Cities. La salud TeleMental es el modo de brindar servicios de asesoramiento grupal a través de medios asistidos por tecnología, como teléfono (teléfonos fijos y dispositivos móviles), videoconferencia, Internet, tableta, sistema de computadora de escritorio u otros medios electrónicos que utilizan tecnología de encriptación apropiada para información de salud electrónica.

Limitaciones de Salud TeleMental:

Reconocemos que para algunas personas no es posible llegar a las instalaciones físicas de Gilda's Club / Cancer Support Community. La telesalud se puede utilizar en circunstancias que le impidan recibir apoyo grupal en persona. Tenga en cuenta que existe el riesgo de malinterpretar a los miembros del grupo cuando la comunicación carece de señales visuales o auditivas. También puede haber una interrupción en el servicio (por ejemplo, el teléfono se corta o el video se cae). Esto puede resultar frustrante e interrumpir el flujo normal de interacción grupal.

Al firmar este consentimiento, usted comprende y acepta lo siguiente:

- Encontraré un espacio tranquilo y protegido para todas las sesiones de grupo.
- Durante el grupo, nadie más estará presente en la sala.
- No aceptaré otras llamadas telefónicas, mensajes de texto, correos electrónicos ni participaré en la navegación web durante nuestras sesiones.
- Si hay una pérdida de conexión, me referiré al artículo En caso de falla tecnológica a continuación.
- Sé cómo utilizar la tecnología de videoconferencia y / o los dispositivos asistidos por tecnología acordados.
- Entiendo las limitaciones de la salud de TeleMental, y no es un sustituto completo de los programas ofrecidos en Gilda's Club Quad Cities.
- Entiendo que un grupo de apoyo de telesalud tiene beneficios potenciales que incluyen un acceso más fácil a la atención y la conveniencia de reunirme desde el lugar que yo elija.
- Entiendo que existen riesgos potenciales para esta tecnología, incluidas las interrupciones, el acceso no autorizado y las dificultades técnicas.
- Entiendo que el facilitador de mi grupo Gilda's Club Quad Cities puede interrumpir el grupo si considera que las conexiones de videoconferencia no son adecuadas.
- He tenido una conversación directa con el facilitador de mi grupo Gilda's Club Quad Cities durante la cual tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre los posibles riesgos y beneficios de la salud de TeleMental.
- Mis preguntas han sido respondidas y los riesgos, beneficios y cualquier alternativa práctica se han discutido conmigo en un idioma que entiendo.

En Caso de Falla de Tecnología:

Durante un grupo de apoyo de salud de TeleMental, podría haber una pérdida de conexión telefónica o de Internet. Si se desconecta de un grupo de videoconferencia, finalice y reinicie la sesión. Si no puede volver a conectarse en diez minutos, envíe un correo electrónico al facilitador para recibir instrucciones.

En caso de Emergencia:

Si tiene una emergencia de salud mental, se le aconseja no esperar al retorno de la comunicación de su facilitador, haga uno o más de lo siguiente:

- Llame a Lifeline al (800) 273-8255 (Línea de Crisis Nacional)
- Llame al 911
- Vaya a la sala de emergencias más cercana

Usted comprende que si tiene pensamientos suicidas u homicidas, experimenta síntomas de psicosis o se encuentra en una crisis que no podemos resolver de forma remota, su facilitador puede determinar que necesita un mayor nivel de atención y que los servicios de telesalud no son apropiados. Gilda's Club Quad Cities requiere una **persona de contacto de emergencia** a quien su facilitador puede contactar en su nombre solo en una emergencia que ponga en peligro su vida. Ingrese el nombre y la información de contacto de esta persona en la sección designada en el formulario de membresía anual.

Al firmar este consentimiento, por la presente indico mi cumplimiento con las expectativas mencionadas anteriormente. Me reservo el derecho de revocar mi consentimiento, por escrito, en cualquier momento. Puedo especificar la fecha, evento o condición en la que expira este consentimiento. Si no se indica ninguno, y si no se recibe un aviso previo de revocación, este consentimiento vencerá un año después de la fecha en que se inició. Escriba en letra de imprenta, coloque la fecha y firme su nombre a continuación para indicar que ha leído y comprendido el contenido de este formulario, que acepta estas políticas y que autoriza a su facilitador a utilizar los métodos de Salud TeleMental discutidos.

Nombre del Participante/Miembro (Por favor imprenta)

Fecha

Firma del Participante/Miembro