

Por favor, complete, o pedir a la paciente para que se complete, la siguiente información y envíe al fax o dirección de correo electrónico a continuación. Una vez recibida, el paciente será contactado por un especialista del Centro de Recursos e Información para asistencia. Toda información del paciente, proporcionada al especialista de información, se mantendrá confidencial, aunque su los nombres serán añadidos a nuestra lista de correo y comunicación a pacientes. Para cualquier pregunta, puede contactar el Centro de Recursos de Información al **1-800 -955-4572**.

Primer Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Dirección del paciente: \_\_\_\_\_ Apt: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal\*: \_\_\_\_\_

\*El Código Postal debe ser proporcionado

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Paciente: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha del diagnóstico: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Si es menor, Nombre y Apellido del Padre / Guardián: \_\_\_\_\_

**Diagnóstico: (marque una de las siguientes)**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Leucemia linfoblástica aguda   | <input type="checkbox"/> Linfoma No Hodgkin               |
| <input type="checkbox"/> Leucemia mieloide aguda        | <input type="checkbox"/> Linfoma de Hodgkin               |
| <input type="checkbox"/> Leucemia Linfocítica Crónica   | <input type="checkbox"/> Mieloma                          |
| <input type="checkbox"/> Leucemia mieloide crónica      | <input type="checkbox"/> Macroglobulinemia de Waldenstrom |
| <input type="checkbox"/> Síndromes mielodisplásicos     | <input type="checkbox"/> Otro: _____                      |
| <input type="checkbox"/> Neoplasias mieloproliferativas |   |

Raza: \_\_\_\_\_ Idioma principal: \_\_\_\_\_

**Información del profesional de salud que está haciendo el referido:**

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Institución: \_\_\_\_\_

Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_

**Confidencialidad de la información sobre el paciente:**

*Este documento se adscribe a las reglas de Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA,) para asegurar la protección de la privacidad del paciente y ofrecer al paciente control sobre qué información personal se utiliza & divulga, yo \_\_\_\_\_, estoy de acuerdo en que la información anterior sea ofrecida a The Leukemia & Lymphoma Society.*

[Imprime el nombre del paciente]

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente / guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

**POR FAVOR ENVIE POR FAX ESTA FORMA A 914.821.3657  
O ESCANEAR Y ENVIAR POR CORREO ELECTRÓNICO A INFOCENTER@LLS.ORG**

**La Misión de LLS:**

Curar la leucemia, el linfoma, la enfermedad de Hodgkin y el mieloma, y mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias

[www.lls.org](http://www.lls.org) - 800.955.4572