



## Forma de Remisión

### PARA FAMILIAS EN EL CONDADO DE KERN RECIBIENDO TRATAMIENTO PEDIÁTRICO PARA LEUCEMIA, LINFOMA Y OTROS CÁNCER DE LA SANGRE

Por favor complete este formulario y envíalo al correo electrónico o dirección mostrado abajo. Será notificado con una confirmación entre 10 días de recibirlo en nuestra oficina. Los formularios serán revisados por nuestra junta directiva cada trimestre. Toda la información será confidencial. Para cualquier pregunta, por favor comuníquese con la fundación **Tigerfight** al 661-200-5655 o [tigerfight@tigerfight.org](mailto:tigerfight@tigerfight.org).

#### Información del paciente:

Fecha: \_\_\_\_\_

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

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Código: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Condado: KERN

Nombre de Padres: \_\_\_\_\_

Fecha de diagnóstico: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

#### Diagnóstico:

Estado de tratamiento:     Recien Diagnosticado     En Tratamiento     Remisión     Recaída

#### Referencia profesional:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Asistente Social/Enfermera: \_\_\_\_\_

Institución: \_\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_

#### Acuerdo de confidencialidad del paciente:

Para asegurar la protección de la privacidad del paciente como parte de la Health Portability & Accountability Act (HIPAA), y proporcionar a los pacientes con control sobre la información personal que se utiliza y divulgada, Yo, \_\_\_\_\_ estoy de acuerdo que mi información sea publicado a la fundación de **Tigerfight**.

**\*\*Firma:** \_\_\_\_\_

Para mas información por favor comunicarse con la fundación de **Tigerfight**:

4208 Rosedale Highway, Suite 302-200  
Bakersfield, CA 93308  
[tigerfight@tigerfight.org](mailto:tigerfight@tigerfight.org)

