

Lymphedema Foundation of South Florida



Instrucciones para rellenar la solicitud y lista de verificación Por favor, lea detenidamente

Por favor, proporcione toda la información aquí solicitada. Una solicitud incompleta demorará la asistencia que podemos prestarle. Por favor, llámenos al (305) 740-7292 si tiene alguna pregunta o si desea ayuda para rellenar la solicitud.

Lymphedema Foundation of South Florida

SIGA LOS PASOS 1 AL 4 PARA COMPLETAR LA SOLICITUD

Paso No. 1: Rellene la solicitud de LFSF completamente y con exactitud

Paso No. 2: Presente una copia de su declaración de impuestos más reciente

Paso No. 3: Presente la prescripción médica para terapia física/terapia de linfedema

Paso No. 4: Lea y marque los cuadros para verificar la siguiente información:

- Soy actualmente un paciente de cáncer de mama con linfedema y me estoy recuperando de una mastectomía/tumorectomía u otra cirugía relacionada.
- Soy paciente de cáncer con linfedema.
- Soy paciente de linfedema sin antecedentes de cáncer.
- He firmado al final de la página 4 de esta solicitud, que sirve como autorización para que LFSF tenga acceso a la información médica necesaria para procesar mi solicitud.
- Entiendo que LFSF hará preguntas personales sobre mi tratamiento y estado financiero. Consiento en proveer respuestas fidedignas en la solicitud y en una entrevista.

Lymphedema Foundation of South Florida
7600 SW 57th Avenue, Ste 300
Miami, Fl. 33143
PH: 305-740-7292 Fax: 305-328-6624

Lymphedema Foundation of South Florida

Ofrecemos tratamientos a pacientes de linfedema sin seguro médico y/o con insuficiente cobertura, en los condados de Dade/Broward

Información personal

Nombre del paciente _____ Sexo: M F

Fecha de nacimiento _____ Número de Seguro Social _____

Dirección permanente _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Dirección electrónica _____

Número de teléfono donde localizarlo. Casa _____ Trabajo _____ Celular _____

La mejor hora para llamarle _____

¿Qué persona podemos contactar con quien podamos hablar acerca de su solicitud si no logramos comunicarnos con usted? Por favor, indique su nombre, número de teléfono y parentesco o relación: _____

¿Cómo se enteró acerca de Lymphedema Foundation of South Florida? _____

Estado civil: Soltera(o) Casada(o)

No. de dependientes: ____ No. de personas con salario en su hogar: ____ Total de personas que viven en su hogar: _____

Idioma (s) que hablan: Inglés Español Otro idioma(s) _____

Seguro Médico: Ninguno Medicaid (por favor, presente copia de su tarjeta de Medicaid)

Medicare Privado Otro _____

Proveedor de Seguro Médico: _____ Prima mensual _____

Seguro a través de: Mi empleo El empleo de mi cónyuge Otro _____

Situación laboral *antes* de su diagnóstico de cáncer de mama:

Tiempo completo Tiempo parcial Licencia Trabajo por cuenta propia Jubilada(o) Desempleada(o)

Situación laboral *después* de su diagnóstico de cáncer de mama:

Tiempo completo Tiempo parcial Licencia Trabajo por cuenta propia Jubilada(o)

Desempleada(o)

Cuando trabajó por última vez (mes/año): _____

Nombre: _____

Lymphedema Foundation of South Florida

Información financiera

	<u>Ingreso mensual</u>
Salario neto	\$ _____
Nombre, dirección y teléfono de su empleador:	

Salario neto de su cónyuge o pareja	\$ _____
Nombre, dirección y teléfono del empleador:	

INGRESO TOTAL MENSUAL PRESENTE:	\$ _____

Nombre: _____

Lymphedema Foundation of South Florida

Información médica

Diagnóstico actual

Fecha del diagnóstico: _____ Etapa: _____ Tipo (si lo conoce): _____

I. Linfedema primario:

II. Linfedema secundario:

Cáncer de mama Fecha: _____

Lumpectomía Fecha: _____

Mastectomía Fecha: _____

Biopsia del nódulo centinela Fecha: _____

Disección axilar Fecha: _____

No. de nódulos linfáticos diseccionados _____

Cáncer de ovario Fecha: _____

Cáncer de próstata Fecha: _____

Quimioterapia: Fecha de comienzo: _____ Fecha de terminación: _____

Radiación: Fecha de comienzo: _____ Fecha de terminación: _____

LUGAR DEL TRATAMIENTO: _____

Por favor, rellene la información sobre contactos a continuación:

Nombre:

Lugar:

Teléfono:

Cirujano: _____

Oncólogo: _____

Oncólogo especialista en radiación: _____

Cirujano plástico: _____

Otro: _____

Entiendo que la Fundación para el Tratamiento del Linfedema del Sur de la Florida (Lymphedema Foundation of South Florida (LFSF)) presta servicios gratuitos y toda concesión es únicamente a discreción de LFSF. La información suministrada en esta solicitud es fidedigna. Relevo a LFSF de toda responsabilidad o reclamación que surja de la provisión de ayuda financiera y/o de los servicios prestados o de cualquier otro tipo. Autorizo a LFSF a divulgar mi nombre, dirección y el tipo de asistencia prestada de acuerdo a las exigencias de la ley, o al Servicio de Rentas Internas (Internal Revenue Service). Asimismo autorizo a divulgar cualquier información médica y documentación requerida por LFSF con el fin de verificar esta solicitud y estoy de acuerdo en firmar cualquier autorización adicional que sea necesaria.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Nombre en letras de molde: _____

Nombre: _____

Lymphedema Foundation of South Florida

Historial del paciente

Por favor, describa brevemente "Cómo" y "Por qué" desarrolló su linfedema _____

¿Qué tiempo hace que padece de linfedema? _____ Area afectada: Brazo **derecho** / **izquierdo**

Pierna **derecha** / **izquierda** **Otro** _____

¿Tiene dolor? (explique) _____

¿Pérdida de funciones o de movilidad? (explique) _____

¿Usa manga o media de compresión? _____

¿Ha usado alguna vez una bomba de compresión? **Sí** / **No** (¿Por cuánto tiempo?) _____

Tipo: _____

¿Ha recibido anteriormente tratamiento para el linfedema? _____

Cuándo: _____ Dónde: _____

¿Ha tenido alguna cirugía anteriormente? Si la respuesta es "**sí**", indique qué tipo y las fechas _____

¿Tiene otros problemas médicos? (por ejemplo, diabetes...) _____

¿Ha tenido infecciones? **Sí** / **No** ¿Cuándo? _____

¿Está tomando algún medicamento? Si la respuesta es "**sí**", indique el tipo y la cantidad _____

¿Hay en su familia antecedentes de linfedema? **Sí** / **No** ¿Hace ejercicios con regularidad? **Sí** / **No**

¿Qué objetivos espera lograr con el tratamiento? _____

