

ENVIAR A

Keep Kids Connected
P.O. Box 14
Mont Belvieu, TX 77580



Application fo

Solicitud para cuaderno electronico

Keep Kids Connected proporciona cuadernos electrónicos (Tablet) a niños con cáncer u otras enfermedades graves para ayudar a mantenerles comunicados con familiares y amigos mientras se someten a tratamiento en el hospital. Para solicitar, el candidato debe tener entre 4 y 18 años de edad y estar bajo tratamiento o seguimiento médico continuo por cáncer u otra enfermedad de tipo grave. ► Recuerde, por favor, que su médico debe llenar la información y firmar en el espacio inferior de esta solicitud. Esta información es confidencial. ► Favor de completar y enviar este formulario a la dirección indicada arriba. Para preguntas, favor envíelas a: keepkidsconnected@gmail.com o visite www.keepkidsconnected.com.

Las solicitudes serán aceptadas y el cuaderno electrónico será entregado a los solicitantes cualificados en la medida en que los fondos estén disponibles. Los solicitantes están limitados a recibir un solo cuaderno electrónico o algo semejante. *(Favor de escribir claramente para evitar demoras en el procesamiento de su solicitud.)*

Nombre y apellido del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre y apellido del padre, madre o custodio: _____

Dirección residencial: _____ Ciudad/Estado/Código postal: _____

Condado: _____ Pais: _____

Teléfonos/ Casa: () _____ Trabajo o móvil: () _____

Dirección (e-mail): _____ Primer idioma: _____

Información del paciente

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino Fecha de Nacimiento _____

Etnia: ☐ Caucásico ☐ Africano-Americano ☐ Asiático ☐ Hispano ☐ Indígena Americano ☐ Otro

Tiene el paciente un Netbook, iPad, Tablet, u ordenador portátil para su uso personal actualmente? ☐ Si ☐ No

Ha visitado www.keepkidsconnected.com para conocer sobre nuestra organización? ☐ Si ☐ No

Firma del padre o la madre: _____ Fecha: _____

- To be completed by the patient's doctor -

** Please note: signatures must be original; stamps, photocopies, or initials will not be accepted.**

Patient Diagnosis _____

Date of Diagnosis _____ Is patient in active treatment and/or ongoing follow-up? ☐ Yes ☐ No

Provider Name _____ Hospital/Clinic _____

Address _____ City/State/Zip _____

Phone _____ Email Address _____

Physician Signature _____ Physician License # _____