

## FORMULARIO DE REGISTRO DE NUEVOS SOLICITANTES

*La Fundación Nacional del Riñón de Arizona Proporciona conciencia, asistencia y esperanza a los arizonenses en riesgo y afectado por una enfermedad renal. Todos los pacientes que soliciten asistencia de NKF AZ por primera vez se les pide proveer la siguiente información.*

<b>Nombre (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)</b>			
<b>Dirección Postal</b>			<b>Correo electrónico</b>
<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código Postal</b>	<b>Teléfono</b>
<b>Estatus De Empleo (Marque uno)</b> <input type="checkbox"/> Jornada completa <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Desempleado – Buscando trabajo <input type="checkbox"/> Desempleado – no buscar trabajo <input type="checkbox"/> Sobre discapacidad <input type="checkbox"/> Solicitado por discapacidad – pendiente <input type="checkbox"/> Otro	<b>Estatus Matrimonial</b> <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Soltero		<b>Género</b> <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro  <b>¿Es usted un veterano de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Mes y año de la primera diálisis</b>		<b>Mes y año del trasplante, si corresponde</b>	
<b>Opcional: A menudo se requiere información demográfica para obtener subvenciones que ayudan a financiar nuestros programas para pacientes.</b> <b>Por favor, marque uno:</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> Afroamericano  <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska  <input type="checkbox"/> Asiático-Americano  <input type="checkbox"/> Caucásico/Blanco  <input type="checkbox"/> Hispano/Latino         </div> <div> <input type="checkbox"/> Multirracial  <input type="checkbox"/> Nativo Americano  <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano o otro Isleño del Pacífico  <input type="checkbox"/> Otro: _____         </div> </div>			

**Afiliación tribal (si corresponde)**

**Soy miembro inscrito de la siguiente comunidad tribal, aldea, reserva o nación:**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ak-Chin Indian Community     | <input type="checkbox"/> Hualapai Tribe               | <input type="checkbox"/> Salt River Pima-Maricopa  |
| <input type="checkbox"/> Yavapai Apache Nation        | <input type="checkbox"/> Kaibab-Pauite Tribe          | <input type="checkbox"/> San Carlos Apache         |
| <input type="checkbox"/> Navajo Nation                | <input type="checkbox"/> Pascua Yaqui Tribe           | <input type="checkbox"/> Tohono O'odham Nation     |
| <input type="checkbox"/> Cocopah Indian Reservation   | <input type="checkbox"/> Fort Mohave Indian Tribe     | <input type="checkbox"/> Tonto Apache Tribe        |
| <input type="checkbox"/> Colorado River Indian Tribe  | <input type="checkbox"/> Gila River Indian Community  | <input type="checkbox"/> Yavapai-Prescott Tribe    |
| <input type="checkbox"/> White Mountain Apache Tribe  | <input type="checkbox"/> Havasupai Indian Reservation | <input type="checkbox"/> Fort Yuma – Quechan Tribe |
| <input type="checkbox"/> Fort McDowell Yavapai Nation | <input type="checkbox"/> Hopi Tribe                   | <input type="checkbox"/> San Juan Southern Paiute  |
| Tribe   |   |  |
| <input type="checkbox"/> Otro _____                   |   |  |

La información anterior es confidencial y no será divulgada por la Fundación Nacional del Riñón de Arizona sin notificación y aprobación previas.

Mi firma a continuación autoriza la divulgación de la información anterior a la Fundación Nacional del Riñón de Arizona.

- ☐ Doy mi permiso para que la Fundación Nacional del Riñón de Arizona se comunique conmigo con respecto a futuras oportunidades de educación para pacientes, actualizaciones de la organización y eventos especiales (opcional).

Firma del paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_