



Patient Advisory Board Application  
Community Health and Wellness of Greater Torrington

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

Nombre (nombre y apellido): \_\_\_\_\_

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

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Número teléfono (Casa): \_\_\_\_\_ (Celular): \_\_\_\_\_ (Trabajo): \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Disponibilidad:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Marque la casilla que mejor se aplique:**

Método preferido de contacto: Teléfono casa Teléfono celular Teléfono trabajo Correo electrónico

Hora preferida para contactarle: \_\_\_\_\_

Soy: Paciente Miembro de familia Cuidador/a Socio de la comunidad Agencia

Servicios utilizados: Médicos Dentales Salud Conductual

**¡Cuéntenos un poco más sobre si mismo!** (Use una hoja de papel por separado si es necesario)

1. ¿Por qué quiere participar en la Junta Asesora de Pacientes?

2. ¿Cómo se enteró de la Junta Asesora de Pacientes?

3. ¿Alguna vez ha formado parte de una junta o consejo? ¿Cuál fue su función / deber?

4. Cuéntenos sobre su experiencia con Community Health and Wellness Center. ¿Qué haría para mejorar su experiencia?

**Al firmar este formulario, yo, \_\_\_\_\_, estoy de acuerdo con todas las leyes de HIPAA y entiendo que este es un comité confidencial y que lo que se discute no se debe compartir ni comentar fuera de la reunión.**

---

*Firma del solicitante*

---

*Fecha*