

EVALUACIÓN DE NECESIDADES DE HASDC 2017

La Asociación de Hemofilia del Condado de San Diego está muy interesada en saber cómo podemos servirle mejor.
 Por favor tome un momento para llenar esta encuesta y díganos que piensa.
 Este formulario también lo encuentra en nuestro sitio de web y puede regresarlo electrónicamente.

**Regréselo a HASDC para el 18 de marzo para participar en un sorteo por un
 Regalo de “Haciendo la salud realidad”**

I. INFORMACIÓN DE CONTACTO

Contacto principal - Nombre	Contacto principal - Apellido	
Calle	Ciudad, estado, código	
Correo electrónico	Teléfono () <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Cell	
1. Nombre completo de la persona con desorden sanguíneo	Diagnóstico (Hemofilia, vWD, etc.)	Año en que nació
2. Nombre completo de la persona con desorden sanguíneo	Diagnóstico (Hemofilia, vWD, etc.)	Año en que nació
3. Nombre completo de la persona con desorden sanguíneo	Diagnóstico (Hemofilia, vWD, etc.)	Año en que nació
4. Nombre completo de la persona con desorden sanguíneo	Diagnóstico (Hemofilia, vWD, etc.)	Año en que nació
<input type="checkbox"/> Sí, estoy interesado(a) en formar un equipo para La caminata por hemofilia en San Diego, octubre 14, favor de contactarme.		
<input type="checkbox"/> Sí, estoy interesado(a) en saber más acerca de formar parte de la Mesa Directiva de HASDC, favor de contactarme.		
<input type="checkbox"/> Sí, estoy interesado(a) en el Campamento Pascucci (Niños edad de 7-14). Regístrese en línea a www.hasdc.org/events		
<input type="checkbox"/> Por favor quiero remover mi nombre de su lista, ya no quiero recibir información de HASDC. Nombre completo como aparece en la lista: _____		
Primer idioma: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____		

POR FAVOR COMPLETE EL LADO 2 ATRÁS

II. EVALUACIÓN DE NECESIDADES

Soy: Paciente Facilitador

1. ¿Cómo es el trabajo de HASDC en cuanto a los programas que les proveemos, ayuda y acceso a recursos?

Circule una: 1 = Mal 2 = Bien 3 = Excelente

Comentarios:

2. ¿Acerca de qué temas sobre trastornos sanguíneos o ayuda estaría usted interesado(a) en aprender más?

Ejemplos: control de dolor, mujeres y hemorragias, infusión, seguro, acceso a cuidado, centros de tratamiento, etc.

3. ¿Sobre qué temas o servicios NO relacionados con trastornos sanguíneos estaría usted interesado(a) en aprender más?

Ejemplos: trabajos, educación, depresión, becas, etc.

4. ¿De qué manera puede HASDC ayudarle mejor? ¿Más programas, servicios de apoyo, cadenas de comunicación, etc.?

5. ¿Cuál es la parte más difícil de controlar de su (un) desorden sanguíneo?

6. ¿De qué programa o evento disfruta usted más y por qué?

7. ¿Lee usted nuestro boletín trimestral? Si No Comentarios:

¿Lee usted el eBoletín mensual en línea? Si No Comentarios:

Si no recibe el eBoletín pero le gustaría, por favor incluya su correo electrónico: _____

8. Comentarios adicionales/Preocupaciones: