

## ENVIAR A

Keep Kids Connected

P.O. Box 1127  
Katy, TX 77492



## Solicitud para cuaderno electrónico

Keep Kids Connected proporciona cuadernos electrónicos (Tablets) 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](mailto:keepkidsconnected@gmail.com) o visite [www.keepkidsconnected.org](http://www.keepkidsconnected.org).

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: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

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

Dirección (e-mail): \_\_\_\_\_ Primer idioma: \_\_\_\_\_

### Información del paciente

Sexo:  Masculino  Femenino Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Etnia:  Caucásico  Africano-Americano  Asiático  Hispánico  Indígena Americano  Otro

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

Ha visitado [www.keepkidsconnected.org](http://www.keepkidsconnected.org) para conocer sobre nuestra organización?  Si  No

**Firma del padre o la madre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**- To be completed by the patient's doctor – (Para ser llenado por el médico)**

*\* 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 # \_\_\_\_\_