



Bee Mighty proporciona apoyo y recursos a las familias antes, durante y después de su viaje en la unidad de cuidados intensivos neonatales (Neonatal Intensive Care Unit – “NICU”).

Aplicación para Sesiones de Asesoramiento

INFORMACION PERSONAL

Nombre del paciente (primer nombre, segundo nombre, apellido):

Hombre / Mujer: _____

Dirección: _____

Fecha de nacimiento (mes/día/año): ____ / ____ / ____

Nombre de los padres/guardián(es) (si es aplicable):

Dirección (si es diferente de la del paciente): _____

Teléfono: _____

Correo electrónico(s): _____

INFORMACIÓN MÉDICA

Donde estuvo su hijo en NICU (unidad de cuidados intensivos neonatales)?

Duración en NICU: _____

Diagnóstico(s): _____

REQUISITOS DE LA APLICACIÓN

Tamaño de la familia: _____ Ingresos del hogar: _____

¿Qué tipo de asesoramiento le interesa? (marque todo lo que corresponda)

- Individual
- Pareja
- Familia

Nombre(s) de las persona(s) que solicita asesoramiento? _____

¿Alguna vez ha recibido asesoramiento en el pasado? _____

Describa las razones por las que está buscando asesoramiento.

¿Ha recibido anteriormente una beca de Bee Mighty o Pierce's Project?

Si ____ No ____

En caso afirmativo, cuándo y qué tipo? _____

Como se enteró de Bee Mighty? _____

Estaría dispuesto a compartir su historia? Si ____ No ____

Estaría interesado en involucrarse con Bee Mighty? Si ____ No en este momento ____

CONFIDENCIAL

Ciertas solicitudes pueden requerir información adicional. Bee Mighty no sugiere ni recomienda proveedores. La información compartida en esta solicitud permanece confidencial y solo se utilizará en la medida necesaria para recibir servicios de asesoramiento.

Preferimos que envíe sus documentos por correo electrónico a:

beemightyapplications@gmail.com

Preguntas: 980-272-1596