



**Angel Hair Foundation**

PO Box 2727, Eugene, OR 97402 | [jeannine@angelhairfoundation.org](mailto:jeannine@angelhairfoundation.org)  
541-915-8683 | [www.angelhairfoundation.org](http://www.angelhairfoundation.org)

**APLICACIÓN PASO UNO** INFORMACIÓN BÁSICA

Solicito que Angel Hair Foundation pueda comunicar mi información médica protegida por correo electrónico y envío de solicitudes en línea, que no está encriptado ni protegido de otra manera. Soy consciente de que mi información médica se enviará a través de una red no segura y podría ser interceptada y utilizada con fines de robo de identidad. Por la presente acepto los riesgos y absuelvo Angel Hair Foundation de cualquier responsabilidad por estas transmisiones electrónicas.

Apellido

Nombre

Dirección postal

Ciudad

Estado

Código Postal

Número de teléfono

Dirección de correo electrónico

Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año) Edad

Género

Nombre del padre

Relación con el aplicante

## APLICACIÓN PASO DOS INFORMACIÓN MÉDICA

¿Cual es su diagnóstico o condición médica?

¿Cual es su código de diagnóstico?

¿Está usted actualmente bajo tratamiento médico?

SÍ

NO

Si es así ¿Qué tipo de tratamiento? (Quimioterapia, Terapia de Radiación, etc.)

¿Has notado pérdida del cabello?

SÍ

NO

Nombre de tu médico

Hospital o centro médico de tratamiento

## APLICACIÓN PASO TRES REACCIÓN

¿Como se entero de los servicios de Angel Hair Foundation

Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo necesaria para procesar un reclamo de seguro. También solicité el pago de los beneficios del gobierno para mi or para la fundación Angel Hair.

Firma

Fecha

### **ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETADO A:**

Angel Hair Foundation  
PO Box 2727  
Eugene, OR 97402

### **O POR CORREO ELECTRÓNICO A:**

debbie@angelhairfoundation.org