



706 Haddonfield Road
Cherry Hill, NJ 08002
1-800-532-7667 Fax # 1-856-488-8257

**MULTIPLE SCLEROSIS
ASSOCIATION OF AMERICA**

www.msassociation.org
rpalacio@msassociation.org

Rompiendo barreras

Fomentando esperanza

SOLICITUD DEL PROGRAMA DE ENFRIAMIENTO

¿Por qué es importante el enfriamiento para la gente con esclerosis múltiple?

Mucha gente con esclerosis múltiple es sensible al calor. Las investigaciones de EM han probado que el calor y la humedad suelen agravar los síntomas comunes de la EM. Las investigaciones de EM también han probado que enfriar el cuerpo puede ayudar a reducir los efectos negativos que tienen el calor y la humedad en las personas con EM.

¿Cómo se enfria el cuerpo?

Se puede enfriar el cuerpo llevando varias prendas adoptadas para producir el efecto de enfriamiento. Los productos más comunes son: chalecos, cuellos, y muñequeras. Estos productos emplean paquetes de hielo que se meten a los bolsillos. Los clientes con EM que usan estas prendas suelen experimentar mejoramiento temporario que les permite pasar unas horas afuera cuando el tiempo se pone más caluroso.

¿Qué ofrece el programa de enfriamiento de la MSAA?

La MSAA ofrece unos **juegos de enfriamiento que incluye el chaleco, cuello, un par de muñequeras y paquetes de hielo extras**. Estos productos enfrían los puntos primarios del cuerpo. Clientes de la MSAA que cualifican pueden elegir **UN juego de enfriamiento** y tienen la opción de elegir **UN accesorio de enfriamiento**.

Cómo solicitar productos de enfriamiento:

Para recibir productos de enfriamiento tiene que completar los pasos 1 a 5 y devolver todos los documentos requeridos a la MSAA.

- | | |
|---------------|---|
| Paso 1 | Rellene el Formulario de información personal |
| Paso 2 | Rellene la sección Elegibilidad de ingreso |
| Paso 3 | Rellene la Solicitud del programa de enfriamiento |
| Paso 4 | Obtenga una prescripción o una carta de su médico que <u>verifica su diagnóstico de EM e inclúyela con esta solicitud.</u> |
| Paso 5 | Lea y firme el Acuerdo de condiciones del equipo |

Rellene y devuelva las páginas siguientes a la MSAA con una nota del médico que verifica su diagnóstico de EM y el Formulario de información personal

SOLICITUD DEL PROGRAMA DE ENFRIAMIENTO DE LA MSAA

Nombre: _____ Teléfono: (____) _____ Fecha: _____

Dirección: _____

ELEGIBILIDAD DE INGRESO

Parte A. INGRESO ANUAL DE FAMILIA se define como todo el ingreso de incapacidad/pensión de la persona con EM Y todo el ingreso de su esposo(a)/pareja durante el año calendario anterior. Ingresos de hijos adultos y/o mayores que viven en la casa se excluyen.

Mi ingreso anual de familia es: \$_____.

El número de personas que viven en mi casa es:_____.

Parte B. Usando como referencia la información arriba, averigüe si su ingreso es menos que la cantidad en la tabla abajo. Si lo es siga con la Parte C de esta solicitud.

Ejemplo: Maria Sanchez tiene EM. Vive con su marido y su hija. De hecho hay tres personas en la casa. El Ingreso anual de la familia de Maria y su marido es \$46,000. Este ingreso es menos que \$52,800 (según la tabla abajo), así que ella es elegible.

LA GUÍA DEL INGRESO ANUAL DE FAMILIA DE LA MSAA 2008 (Se basa en el 3x nivel federal de pobreza)

Personas en la casa	Ingreso
1	\$31,200
2	\$42,000
3	\$52,800
4	\$63,600
5	\$74,400
6	\$85,200
7	\$96,000
8	\$106,800

La Parte C. Por favor firme abajo:

Al firmar abajo, yo (el/la que solicita los productos) certifico que la información brindada a la MSAA es correcta y verdadera a mi mejor conocimiento. También entiendo que la MSAA tiene el derecho de pedir verificación escrita del ingreso si se necesita y/o rechazar esta solicitud si la información requerida y la firma no se proveen o si el ingreso excede nuestras limitaciones.

Firma _____ Fecha: _____

SELECCIÓN DE PRODUCTOS

I. Juegos de enfriamiento – Todos los juegos de enfriamiento incluyen un chaleco, un cuello, y un par de muñequeras. Por favor elige **UN** juego de enfriamiento de entre las selecciones A, B o C abajo. Elige un juego que más le sirva. Las tallas de los chalecos se basan en el peso de la persona. Por favor haga su selección con cuidado ya que no habrá cambios ni devoluciones.

- Juego A** – Polar estilo poncho – Paquetes de hielo (se congelan a 32° F)
- El chaleco estilo poncho se puede llevar debajo de la ropa para ser discreto.
 - Este juego incluye el chaleco, el cuello, un par de muñequeras y paquetes de hielo extras para cada elemento
 - El chaleco pesa 4.5 libras con los paquetes de hielo
 - El chaleco es ajustable para personas de entre 90 y 275 lbs. Polar ofrece una extensión si su peso excede los 275 lbs.
 - Sólo disponible en caqui
- Juego B** – Polar estilo cremallera – Paquetes de hielo (se congelan a 32° F)
- Este juego incluye el chaleco, el cuello, un par de muñequeras y paquetes de hielo extras para cada elemento
 - El chaleco pesa 5.5 lbs. con los paquetes de hielo

Elige la talla: M/L (hasta 175 lbs.) L/XL (176 - 310 lbs.) XXL (hasta 370 lbs. – sólo caqui)

Elige el color: azul caqui

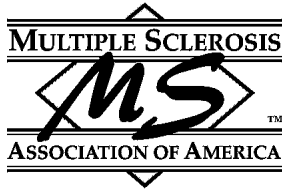
- Juego C** – Steele estilo cremallera – Paquetes de hielo (se congelan a 32° F)
- Este juego incluye el chaleco, el cuello, un par de muñequeras y paquetes de hielo extras para cada elemento
 - El Chaleco pesa 5.5 libras con los paquetes de hielo
 - Ajustable – para personas que pesan hasta 275 lbs.

Elige el color: azul caqui

II. Accesorio de enfriamiento

- Funda de almohada de tamaño estándar con un bolsillo para el paquete de hielo suave que mide 6” por 12”. La funda está diseñada para que las personas con EM puedan dormir cómodamente.

- Funda de almohada - incluye dos paquetes de hielo suave**



706 Haddonfield Road
Cherry Hill, NJ 08002
1-800-532-7667 msaa@msaa.com

Rompiendo barreras

Fomentando esperanza

ACUERDO DE CONDICIONES DEL EQUIPO DE ENFRIAMIENTO DE LA MSAA

Al firmar abajo yo (el/la que recibe) este equipo entiendo y estoy de acuerdo con:

1. Que la Multiple Sclerosis Association of America, Inc. (MSAA) no está obligada a proveer ningún aparato/equipo que yo solicito. La MSAA retiene el derecho de hacer la determinación final en cuanto a la distribución de los equipos.
2. Que algunos equipos se restringen por la talla, y la MSAA no es responsable de asegurar que el equipo me quede bien.
3. Que al recibir el equipo inspeccionaré el equipo y notificaré a la MSAA si hay algún problema o algún daño que pueda haber ocurrido durante el envío.
4. Que consideraré a la MSAA, oficiales, empleados, agentes y miembros libres de toda y cualquier demanda por daños, perjuicios o pérdidas que resulten del uso del equipo/aparato que provee la MSAA.
5. Que el equipo distribuido a mí será mi responsabilidad exclusiva y que todo el mantenimiento, todas las reparaciones y todas las sustituciones (como los paquetes de hielo) son mi responsabilidad.
6. Que soy responsable de avisar a la MSAA de cualquier cambio de nombres, dirección o teléfonos que se puedan presentar mientras tenga yo este aparato (perteneciente a la MSAA) en mi poder.
7. Que toda información personal y médica que he provisto voluntariamente a la MSAA puede ser utilizada o compartida con el único propósito de adquirir servicios o beneficios que ahora solicito. Entiendo que la política de la MSAA es mantener absolutamente la confianza y seguridad en cuanto a mi información personal.

Yo he leído y entendido, y estoy de acuerdo con cada una de las condiciones y descripciones tal como se han dicho arriba:

Nombre: (Por favor escriba a mano o a máquina) _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ **Email:** _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

Si tiene alguna pregunta. Por favor llame a la MSAA al 1-800-532-7667. No olvide devolver lo siguiente:

- **Una prescripción/carta del médico que verifica su diagnóstico de EM**
- **El Formulario de información personal**
- **La solicitud del programa de enfriamiento incluyendo Elegibilidad de ingresos, Selección de productos y Acuerdo de condiciones**

FOTOS DE LOS PRODUCTOS – COMO REFERENCIA SÓLO
▪ NO DEVUELVA ESTA PÁGINA CON LA SOLICITUD

Juego A. Polar Estilo Poncho – Paquetes de hielo



Juego B. Polar Estilo Cremallera – Paquetes de hielo (disponible en azul y caqui)



Juego C. Steele Estilo Cremallera – Paquetes de hielo (disponible en azul y caqui)



Accesorio de enfriamiento – Funda de almohada – Paquetes de hielo suaves



Formulario de información personal de la MSAA

Es usted un:

Individuo con EM Socio en cuidado Médico Trabajador social

Trabajador de salud Amigo/Familiar de un individuo con EM Otro/a

Nombre/apellidos _____

Dirección _____

Ciudad

Condado

Estado

Código Postal

Fecha de nacimiento _____ Mujer Hombre Estado civil _____

Tel. de casa _____ Tel. de trabajo _____ Celular _____

Fax _____ Correo electrónico _____

La entrega de este formulario le permite solicitar todos los programas y servicios de la MSAA y recibir una suscripción gratis y continua a la revista trimestral, *The Motivator*. Si no desea recibir *The Motivator* por favor indíquelo abajo.

No deseo recibir la revista trimestral de la MSAA, *The Motivator*. No deseo recibir correos electrónicos de la MSAA.

¿Cómo se enteró de la MSAA?

Neurólogo

Profesional de servicios sociales

Llamada de recaudación de fondos

Carta de recaudación de fondos

Otros proveedores de sanidad

Otras organizaciones de EM

Médico de cabecera

Publicación de la MSAA

Evento de la MSAA

Compañía farmacéutica

Medios de comunicación

Voluntario

The Motivator

Internet

Guía telefónica

Cliente de la MSAA

Amigo/a o familia

No recuerdo

Para pedir ayuda en rellenar este formulario o para conseguir más información sobre los programas y servicios de la MSAA, por favor llame a un asesor al 1-800-532-7667, Ext. 108.

Punto importante:

La póliza de la MSAA es mantener absolutamente la confianza y la seguridad de toda la información médica y personal. MSAA usará la información médica y personal, que se ha provisto voluntariamente, con el sólo propósito de ayudar a adquirir los servicios o beneficios pedidos. MSAA no compartirá los nombres o ninguna información de salud que identifique al individuo al menos que sea necesario para adquirir un servicio o beneficio pedido.

Formulario de información personal (Continuado)

Para individuos con EM por favor rellene lo siguiente:

Clasificación de EM: <input type="checkbox"/> Benigna <input type="checkbox"/> Secundaria-progresiva <input type="checkbox"/> Primaria-progresiva <input type="checkbox"/> Relapso-remitente <input type="checkbox"/> Progresiva-remitente <input type="checkbox"/> Diagnóstico no muy claro Año en que le diagnosticaron: _____ Otras condiciones: _____ Uso de silla de ruedas: <input type="checkbox"/> ningún <input type="checkbox"/> esporádico <input type="checkbox"/> moderado <input type="checkbox"/> siempre Artículos de asistencia: <input type="checkbox"/> bastón <input type="checkbox"/> muletas <input type="checkbox"/> andador <input type="checkbox"/> scooter <input type="checkbox"/> otro _____

Síntomas (marque todas las que se experimenta)	<input type="checkbox"/> Fatiga	<input type="checkbox"/> Dificultad en resolver problemas	<input type="checkbox"/> Depresión
	<input type="checkbox"/> Hormigueo	<input type="checkbox"/> Problemas de la vejiga	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza
	<input type="checkbox"/> Entumecimiento	<input type="checkbox"/> Problemas con evacuar	<input type="checkbox"/> Dificultad del habla
	<input type="checkbox"/> Malestar por ardor	<input type="checkbox"/> Espasmos musculares	<input type="checkbox"/> Dificultad en tragar
	<input type="checkbox"/> Vista nublada	<input type="checkbox"/> Tensión muscular	<input type="checkbox"/> Temblor
	<input type="checkbox"/> Pérdida de la vista	<input type="checkbox"/> Debilidad en general	<input type="checkbox"/> Pérdida de la coordinación
	<input type="checkbox"/> Dificultad del equilibrio	<input type="checkbox"/> Sensibilidad al calor	<input type="checkbox"/> Otros síntomas
	<input type="checkbox"/> Pesadez de las piernas	<input type="checkbox"/> Sensibilidad al frío	
	<input type="checkbox"/> Mareos/vértigo	<input type="checkbox"/> Pérdida de memoria/atención	
	<input type="checkbox"/> Pérdida de memoria/atención		

Los análisis que se han hecho: <input type="checkbox"/> RM (del cráneo) <input type="checkbox"/> RM (médula cervical) <input type="checkbox"/> RM (médula lumbar) <input type="checkbox"/> RM (médula torácica) <input type="checkbox"/> líquido cefalorraquídeo <input type="checkbox"/> Potenciales evocados Medicamento de EM que usa: <input type="checkbox"/> Avonex® <input type="checkbox"/> Betaseron® <input type="checkbox"/> Copaxone® <input type="checkbox"/> Novantrone® <input type="checkbox"/> Rebif® <input type="checkbox"/> Tysabri® <input type="checkbox"/> Otro _____ ¿Está Ud. actualmente participando en un ensayo clínico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, por favor indique el lugar del ensayo: _____

Origen étnico: (optativo) <input type="checkbox"/> Indígena Americano/a o Nativo/a de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático/a <input type="checkbox"/> Afroamericana/a <input type="checkbox"/> Chicano o Mejicano-americano <input type="checkbox"/> Hispano/a o Latino/a <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo o Isleño/a Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco/a <input type="checkbox"/> De otro (por favor especifique) _____	Ingreso anual (para la familia que vive en el domicilio primario) <input type="checkbox"/> Menos que \$10,000 <input type="checkbox"/> \$10,001 a \$20,000 <input type="checkbox"/> \$20,001 a \$30,000 <input type="checkbox"/> \$30,001 a \$40,000 <input type="checkbox"/> \$40,001 a \$50,000 <input type="checkbox"/> \$50,001 a \$60,000 <input type="checkbox"/> \$60,001 a \$70,000 <input type="checkbox"/> \$70,001 a \$80,000 <input type="checkbox"/> \$80,001 a \$90,000 <input type="checkbox"/> \$90,001 a \$100,000 <input type="checkbox"/> Más de \$100,000
---	---