



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 DE LA BIBLIOTECA DE PRÉSTAMOS DE LA MSAA

Esta solicitud incluye libros que tratan los siguientes temas:

- Comprensivo
- La salud y el bienestar
- Relatos personales
- El empleo
- El humor
- Asuntos de la mujer
- Libros de lenguas extranjeras
- Sobre la EM
- Para socios en cuidado
- Guías a la vida diaria
- Las enfermedades asociadas
- Cuestiones de seguros
- Libros instructivos
- La EM y la familia
- Enfermera y la EM
- La EM y la Ley

Cómo funciona el programa:

La Biblioteca de préstamos de la MSAA es para todos. El programa le permite pedir un (1) libro cada mes. Hay que devolver el libro a la MSAA dentro de cuarenta y cinco (45) días después del envío. La MSAA le enviará el libro a usted en un bolso prefranqueado. Si el libro que desea no está disponible la MSAA pondrá su nombre en una lista de espera y le mandará el libro lo antes posible. Puede usar este servicio con la frecuencia que quiera con tal de que Ud. devuelva los libros dentro de los 45 días sin negligencias. Usted es responsable de libros perdidos, dañados, o libros no devueltos. Si ocurre alguna negligencia, la MSAA le cobrará \$30 por cada libro.

Para recibir un libro de la Biblioteca de préstamos de la MSAA tiene que cumplir los pasos 1, 2, y 3 y devolver todos los formularios requeridos a la MSAA.

Paso 1: Repase la lista de publicaciones adjunta e indique su selección abajo.

Paso 2: Rellene el Formulario de información personal (Si usted tiene EM rellene todo el formulario.)

Paso 3: Use el sobre adjunto para devolver esta hoja y el Formulario de información personal a la MSAA.

Por favor, pida los libros por su número (Ejemplo: #43 – *La esclerosis múltiple* por Judy Graham)

(Nota: Los títulos de libros en español se encuentran en la página 13 de la lista de libros.)

Nombre/apellidos: _____

Teléfono: _____

Título de libro	Número de libro

Por favor haga una copia para sus archivos

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 _____

Cuidad 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?

<input type="checkbox"/> Neurólogo	<input type="checkbox"/> Médico de cabecera	<input type="checkbox"/> <i>The Motivator</i>
<input type="checkbox"/> Profesional de servicios sociales	<input type="checkbox"/> Publicación de la MSAA	<input type="checkbox"/> Internet
<input type="checkbox"/> Llamada de recaudación de fondos	<input type="checkbox"/> Evento de la MSAA	<input type="checkbox"/> Guía telefónica
<input type="checkbox"/> Carta de recaudación de fondos	<input type="checkbox"/> Compañía farmacéutica	<input type="checkbox"/> Cliente de la MSAA
<input type="checkbox"/> Otros proveedores de sanidad	<input type="checkbox"/> Medios de comunicación	<input type="checkbox"/> Amigo/a o familia
<input type="checkbox"/> Otras organizaciones de EM	<input type="checkbox"/> Voluntario	<input type="checkbox"/> 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

Para individuos con EM por favor rellene lo siguiente:

Clasificación de EM: Benigna Secundaria-progresiva Primaria-progresiva
 Relapso-remitente Progresiva-remitente Diagnóstico no muy claro

Año en que le diagnosticaron: _____

Otras condiciones: _____

Uso de silla de ruedas: ningún esporádico moderado siempre

Artículos de asistencia: bastón muletas andador scooter
 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
<input type="checkbox"/> Entumecimiento	<input type="checkbox"/> Problemas con evacuar	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza
<input type="checkbox"/> Malestar por ardor	<input type="checkbox"/> Espasmos musculares	<input type="checkbox"/> Dificultad del habla
<input type="checkbox"/> Vista nublada	<input type="checkbox"/> Tensión muscular	<input type="checkbox"/> Dificultad en tragar
<input type="checkbox"/> Pérdida de la vista	<input type="checkbox"/> Debilidad en general	<input type="checkbox"/> Temblor
<input type="checkbox"/> Pérdida del equilibrio	<input type="checkbox"/> Sensibilidad al calor	<input type="checkbox"/> Pérdida de la coordinación
<input type="checkbox"/> Pesadez de las piernas	<input type="checkbox"/> Sensibilidad al frío	<input type="checkbox"/> Otros síntomas
<input type="checkbox"/> Mareos/vértigo		
<input type="checkbox"/> Pérdida de memoria/atención		

Los análisis que se han hecho: RM (del cráneo) RM (médula cervical) RM (médula lumbar)
 RM (médula torácica) líquido cefalorraquídeo Potenciales evocados

Medicamento de EM que usa: Avonex® Betaseron® Copaxone® Novantrone® Rebif®
 Tysabri® Otro _____

¿Está Ud. actualmente participando en un ensayo clínico? Sí No

Si la respuesta es sí, por favor indique el lugar del ensayo: _____

<p>Origen étnico: (optativo)</p> <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) _____	<p>Ingreso anual (para la familia que vive en el domicilio primario)</p> <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 \$100,00 <input type="checkbox"/> Más de \$100,000
---	--