



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

**MULTIPLE SCLEROSIS  
ASSOCIATION OF AMERICA**

[www.msassociation.org](http://www.msassociation.org)  
rpalacio@msassociation.org

*Rompiendo barreras*

*Fomentando esperanza*

## SOLICITUD DEL PROGRAMA DE ESTABLECIMIENTO DE CONEXIONES

El Programa de establecimiento de conexiones fomenta el intercambio de información y apoyo entre los individuos que están afectados por la EM. A través de cartas y correos electrónicos el Programa de establecimiento de conexiones ayuda a unir a los que no pueden asistir a las reuniones pero que quieren compartir con otros que se enfrentan con desafíos similares.

Es fácil. **Primero**, rellene, firme, y devuelva esta solicitud a: MSAA Networking Program, 706 Haddonfield Road, Cherry Hill, NJ 08002. **Segundo**, la MSAA pondrá su información en una lista que se distribuye sólo a otras personas en el programa. **Finalmente**, la MSAA le mandará una lista de participantes con quienes se puede corresponder. La lista se actualiza con frecuencia y usted puede interrumpir su participación en cualquier momento por notificar a la MSAA al 1-800-532-7667, Ext. 108, o al [msaa@msaa.com](mailto:msaa@msaa.com).

Por favor marque las opción adecuada para su preferencia de contacto. Puede participar en más que un tipo de contacto.

Yo soy:

- un individuo con EM
- un socio en cuidado de alguien con EM

Deseo participar en:

- SÓLO CARTAS (sólo compartiremos su nombre, apellidos, dirección e intereses)
- SÓLO CORREO ELÉCTRÓNICO (solo compartiremos su nombre, apellidos, dirección de correo electrónico, e intereses)
- CARTA Y CORREO ELECTRÓNICO (compartiremos su nombre, apellidos, dirección, dirección de correo electrónico e intereses)

Nombre/apellido \_\_\_\_\_

Año en que fue diagnosticado \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo:  hombre  mujer

Estado civil \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Si usted no tiene EM por favor especifique quien lo tiene:

Hijo/a     Esposo/a     Padre/Madre     Pariente     Amigo/a     Otro

Intereses o actividades especiales (por favor comparta cualquier cosa que ayude a describirle)

---

---

La política de la MSAA es mantener absolutamente la confianza y la seguridad de toda información personal. Su firma abajo permite que la MSAA distribuya la información adecuada arriba exclusivamente a los participantes del Programa de establecimiento de conexiones. Por favor entienda que la MSAA no vigila la correspondencia ni controla su contenido. La MSAA no es responsable de ninguna acción que pueda ocurrir como resultado de este programa. La MSAA prohíbe el uso de la Lista de contactos para la solicitud de dinero, productos, o servicios. La MSAA reserva el derecho de negar participación o continuación en el programa. Se obliga a los participantes que mantengan toda la información en confianza. Hay que tener más que 18 años para participar.

# 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 continúa a la revista trimestral, *The Motivator*. Si no desea recibir *The Motivator* por favor indíquelo abajo.

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

No deseo recibir correos electrónicos de 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 cabecera

Publicación de la MSAA

Evento de la MSAA

Compañía farmacéutica

Medios de comunicación

Voluntario

*The Motivator*

Internet

Guía telefónica

Cliente de MSAA

Amigo/a o familia

No recuerdo

**Si usted tiene EM por favor rellene más información al otro lado de este formulario.**

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

**Punto importante:**

La política de 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.

Por favor entregue este formulario a:

**The Multiple Sclerosis Association of America**  
**706 Haddonfield Road**  
**Cherry Hill, NJ 08002**

**800-532-7667**  
**msaa@msaa.com**  
**www.msaa.com**

Para individuos con EM por favor rellene lo siguiente:

<b>Clasificación de EM:</b> <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
<b>Año en que le diagnosticaron:</b> _____
<b>Otras condiciones:</b> _____
<b>Uso de silla de ruedas:</b> <input type="checkbox"/> ningún <input type="checkbox"/> esporádico <input type="checkbox"/> moderado <input type="checkbox"/> siempre
<b>Artículos de asistencia:</b> <input type="checkbox"/> bastón <input type="checkbox"/> muletas <input type="checkbox"/> andador <input type="checkbox"/> scooter <input type="checkbox"/> otro _____

<b>Síntomas</b> (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"/> Dificultad 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		

<b>Los análisis que se han hecho:</b> <input type="checkbox"/> RM (del cráneo) <input type="checkbox"/> RM (de la columna) <input type="checkbox"/> líquido cefalorraquídeo <input type="checkbox"/> Potenciales evocados
<b>Medicamentos de EM que se usa:</b> <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 _____
<b>¿Está Ud. actualmente participando en un ensayo clínico?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es sí, por favor pon el lugar del ensayo: _____

<b>Origen étnico: (optativo)</b> <input type="checkbox"/> Indígena Americano/a o Nativo/a de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático/a <input type="checkbox"/> Afroamericano/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) _____	<b>Ingreso anual (para la familia que vive en el domicilio primario)</b> <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
---	--

**Médico de cuidado primario:** \_\_\_\_\_ **Tel. (    )** \_\_\_\_\_

**Dirección** \_\_\_\_\_

**Neurólogo:** \_\_\_\_\_ **Tel. (    )** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_