

## Conexiones MDA - Red de Apoyo

Lo invitamos a aprovechar el intercambio que es posible al hablar con otras personas en situaciones similares.

Si está interesado, complete el formulario a continuación y devuélvalo a MDA a: [ResourceCenter@mdausa.org](mailto:ResourceCenter@mdausa.org).

---

Nombre de la persona que busca conectarse

---

Dirección

---

Ciudad

Estado

Código postal

---

Teléfono

Correo electrónico

---

Fecha de nacimiento de la persona que busca conectarse

---

Diagnóstico

---

Padres o cónyuge

### Interesado en conectarse con / por:

*Seleccione todas las opciones que correspondan (tenga en cuenta que limitaremos nuestra búsqueda en función de las especificaciones proporcionadas, pero no podemos garantizar un buen ajuste en función de las especificaciones seleccionadas).*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Soy un adulto que vive con Distrofia Muscular (DM)         | <input type="checkbox"/> Clientes / familias dentro de área circundante (2 horas o menos) |
| <input type="checkbox"/> Soy el padre / tutor de un niño que vive con DM            | <input type="checkbox"/> Clientes / familias a cualquier distancia (otros estados, etc.)  |
| <input type="checkbox"/> Soy el cuidador de un adulto que vive con DM               | <input type="checkbox"/> Correo electrónico   |
| <input type="checkbox"/> Clientes / familias con personas con el mismo diagnóstico  | <input type="checkbox"/> Teléfono   |
| <input type="checkbox"/> Clientes / familias con cualquier diagnóstico de DM        | <input type="checkbox"/> En persona   |
| <input type="checkbox"/> Clientes / familias en mi vecindad geográfica (-45 millas) | <input type="checkbox"/> Comentarios adicionales  |
| <input type="checkbox"/> Clientes/Familias interesadas en la Terapia Génética       |   |

### Descargo de responsabilidad: MDA Connections se proporciona a las familias de MDA solo con fines informativos.

Por la presente autorizo a MDA a divulgar mi nombre, número de teléfono, correo electrónico, nombre de mi hijo / cónyuge y / o diagnóstico a otras personas que se han unido al programa MDA Connections, que conecta a las familias de forma individualizada. Además, libero a la MDA, sus directores, funcionarios, empleados, voluntarios, agentes, cesionarios y entidades colaboradoras, sus representantes, herederos, administradores, sucesores y / o cesionarios de cualquier reclamo que pueda surgir de mi participación en el programa MDA Connections. Además, entiendo que puedo retirar mi nombre e información de futuras distribuciones de MDA Connections mediante notificación por escrito a la oficina de MDA.

Antes de realizar una conexión, MDA se lo notificará primero.

---

### Firma del participante

Si es menor de 18 años, se requiere la firma de un padre / tutor legal