



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

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, gorros y muñequeras. Estos productos emplean diferentes métodos de enfriamiento temporario. Estos llevan paquetes de hielo o contienen material especial que se mantiene frío por varias horas. La MSAA también provee chalecos diseñados para el enfriamiento terapéutico que reduce la temperatura del cerebro y la columna para aquellos que experimentan sensibilidad al calor más grave (estos chalecos requieren una prescripción del médico.)

¿Cuáles son los diferentes tipos de enfriamiento?

La mayoría de los productos de enfriamiento (chalecos, cuellos, gorras, etc.) utilizan uno de los métodos siguientes para generar un efecto de enfriamiento: Se incluyen:

Enfriamiento de evaporación: Los productos se empapan y se secan a toalla. Este proceso activa a los cristales adentro y la evaporación baja la temperatura del producto (no recomendados para uso en climas húmedos.)

Enfriamiento con paquetes de hielo: Paquetes de hielo se congelan en 32 grados F y se colocan dentro de los bolsillos del producto.

Enfriamiento con paquetes de gel: Paquetes de gel se congelan en 45 grados F y se colocan dentro de los bolsillos del producto (conveniente si está de viaje y puede traer una neverita portátil.)

Enfriamiento terapéutico: Agua fría se bombea a través de tubos dentro del chaleco. Este tipo de enfriamiento intenta reducir un poco la temperatura del cuerpo y se considera terapia. A consecuencia, la MSAA requiere una prescripción de un médico que especifica la frecuencia de su uso.

Los métodos de enfriamiento con evaporación y hielo/gel producen alivio leve y temporario. La mayoría de las personas con EM que usan estos productos para disfrutar del tiempo cálido afuera. El enfriamiento terapéutico baja la temperatura del cuerpo y requiere supervisión de un médico.

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. **Completar pasos 1 a 5 es mandatorio para todas peticiones.** El paso 6 solo es necesario si va a elegir el chaleco terapéutico

- | | |
|---------------|---|
| Paso 1 | Rellene el Formulario de información personal (hojas separadas) |
| 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 verifica su diagnóstico de EM e incluyala con esta solicitud. |
| Paso 5 | Lea y firme el Acuerdo de condiciones del equipo |
| Paso 6 | <u>Solo para el chaleco terapéutico</u> , asegure que su prescripción también verifica la necesidad médica del chaleco terapéutico y que tiene instrucciones del médico para su uso. (Por ejemplo: 20 minutos de uso, 1-3 veces al día) |

Puntos importantes:

- **Por favor haga su selección con cuidado ya que no hay cambios ni devoluciones.**
- **Las tallas de los chalecos se basan en el peso de la persona.**
- **Para algunos productos se puede elegir un color dependiendo de la disponibilidad.**
- **Para ayudar con su selección la MSAA ha organizado juegos de enfriamiento, los cuales incluyen un chaleco, un cuello y un par de muñequeras. Estos 3 productos enfrían los sitios principales del cuerpo. Se puede elegir UN juego de enfriamiento.**
- **Aparte del juego de enfriamiento, se puede elegir DOS accesorios que le pueda servir para enfriar.**
- **Las pautas de ingreso sólo se aplican a los siguientes programas de la MSAA: Distribución de productos de enfriamiento, Distribución de equipo, Modificación de casa, Instituto de RM, Fondo diagnóstico de RM, y Servicios terapéuticos. La MSAA aconseja a todos los individuos interesados a devolver el Formulario de información personal y hacerse socio. Esto les dará la oportunidad de recibir la revista *The Motivator*, las publicaciones, y otros servicios.**

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 (hojas sueltas)

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 \$36,000.00. Este ingreso es menos que \$49,800.00 (según la tabla abajo), así que ella es elegible.

LA GUÍA DEL INGRESO ANUAL DE FAMILIA DE LA MSAA 2006 (se basa en el 3x nivel federal de pobreza)

Personas en la casa	Ingreso
1	\$29,400
2	\$39,600
3	\$49,800
4	\$60,000
5	\$70,500
6	\$80,400
7	\$90,600
8	\$100,800

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 a E 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 hay cambios ni devoluciones.

Juego A – Polar estilo poncho – Paquetes de hielo

Incluye: Chaleco, cuello, par de muñequeras y paquetes de hielo extra
Método: Paquetes de hielo – se congelan a 32 grados F
Peso: Chaleco pesa 4.5 libras con los paquetes de hielo
Descripción: Chaleco se puede llevar debajo de la ropa para ser discreto.
Talla: Chaleco ajustable para personas de entre 90 lbs. y 275 lbs. Para personas de entre 276 lbs. y 350 lbs. se puede incluir una extensión. Marque la caja si se necesita una extensión .
Color: caqui

Juego B – Polar estilo cremallera – Paquetes de hielo

Incluye: Chaleco, cuello, par de muñequeras y paquetes de hielo extra
Método: Paquetes de hielo – se congelan a 32 grados F
Peso: Chaleco pesa 5.5 libras con los paquetes de hielo
Descripción: Chaleco luce más campestre, parecido a los chalecos de pesca
Talla : Elige uno: M/L (hasta 175 lbs.) L/XL (176 lbs. a 280 lbs.)
Color: Elige uno: azul caqui

Juego C – Steele estilo cremallera – Paquetes de hielo

Incluye: Chaleco, cuello, par de muñequeras y paquetes de hielo
Método: Paquetes de hielo – se congelan a 32 grados F
Peso: Chaleco pesa 5.5 libras con los paquetes de hielo
Descripción: Chaleco luce más campestre, parecido a los chalecos de pesca
Talla: Ajustable – hasta 275 lbs.
Color: Elige uno: azul caqui

Juego D – Body Cooler – Evaporación

Incluye: Chaleco, cuello, y un par de muñequeras
Método: Evaporación – para uso solo en climas secos, no húmedos
Peso: Chaleco pesa entre 2 a 4 lbs. cuando está mojado
Descripción: Se empapa con agua fría y se seca a toalla antes de llevarlo puesto
Talla: Elige uno: M/L (hasta 175 lbs.) L/XL (176 lbs. a 250 lbs.)
XXL (251 lbs. a 300 lbs.)
Color: Elige uno: azul gris (Dependiendo de la disponibilidad)

Juego E – Biochem – Paquetes de gel

Incluye: Chaleco, cuello, y un par de muñequeras
Método: Paquetes de gel - se congelan a 45 grados F
Peso: Chaleco pesa 5.5 lbs. con los paquetes de gel
Descripción: Paquetes de gel son convenientes para viajar pero no enfrían con la misma potencia que los paquetes de hielo
Talla: Elige uno: M/L (hasta 175 lbs.) L/XL (176 lbs. a 250 lbs.)
XXL (251 lbs. a 300 lbs.)
Color: Azul

II. Accesorios de enfriamiento – Estos son más productos que se puede elegir para ayudar con el enfriamiento. Puede elegir hasta **DOS** accesorios de entre las selecciones F y Q abajo. Por favor haga su selección con cuidado **ya que no hay cambios ni devoluciones.**

**F. – Thera-cuello de evaporación
(cubre el cuello y la espalda)**

**G. – Cuello de Sharper Image
(ventila con baterías)**

H. – Bufanda de evaporación

I. – Bufanda de evaporación para la cabeza

J. – Guante de evaporación

**K. – Tobillera de evaporación
(una en cada paquete)**

**L. – Gorra de béisbol de evaporación
(una talla para todos)**

**M. – Gorra de jardín de evaporación
(una talla para todos)**

**N. – Gorra de camping de evaporación
(una talla para todos)**

O. – Cojín de enfriamiento para la silla

**P. – Muñequera con paquetes de hielo
(Elige la talla: S M L XL)**

Q. – Almohadilla para el sujetador

II. Terapia de enfriamiento - Personas con intolerancia grave al calor deben de hablar con su neurólogo sobre los posibles beneficios del enfriamiento terapéutica. Se prescribe un sistema de enfriamiento terapéutico que puede reducir la temperatura del cuerpo. Los clientes interesados en esta terapia tienen que incluir la prescripción del médico indicando la cantidad de minutos de uso continuo del chaleco y la cantidad de veces que se puede usar diariamente. Incluye con la prescripción con esta solicitud y elige **UN** chaleco abajo. **Solo se puede recibir un juego de enfriamiento o un chaleco terapéutico pero no ambos.**

R. – Chaleco terapéutico de Polar - Elige la talla
S (100 lbs. – 140 lbs.) M/L (141 lbs. – 200 lbs.) L/XL (201 lbs. – 260 lbs.)

S. – Chaleco terapéutico de Jenkins - Elige la talla
S (100 lbs. – 190 lbs.) M/L (191 lbs. – 250 lbs.) L/XL (251 lbs. – 325 lbs.)

R. – Chaleco terapéutico de Shafer - Elige la talla
S/M (80 lbs. – 170 lbs.) L/XL (171 lbs. – 275 lbs.)

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a la MSAA al 1-800-532-7667, ext. 108
No olvide en enviar todo a la MSAA, 706 Haddonfield Road, Cherry Hill, NJ 08002.



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 baterías y líquido de enfriamiento) 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: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

Por favor entregue este formularioa:

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:

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 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
	<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		

Los análisis que se han hecho: <input type="checkbox"/> RM (cranio) <input type="checkbox"/> RM (columna) <input type="checkbox"/> líquido cefaloraquídeo <input type="checkbox"/> Potenciales evocados
Medicamentos de EM que se 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 pon el lugar del ensayo: _____

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