

Formulario de referidos/exención de responsabilidad

La North Carolina Down Syndrome Alliance (NCDSA, por sus siglas en inglés) tiene como objetivo empoderar, conectar y apoyar la expectativa de vida de las personas con síndrome de Down, sus familias y la comunidad por medio del alcance comunitario, la defensoría y la educación en toda Carolina del Norte. NCDSA ofrece un recurso eficaz, compasivo y completo sobre el síndrome de Down.

Debido a cuestiones de privacidad, su proveedor de atención médica no puede compartir sus datos de contacto con NCDSA sin su autorización. Si desea contactarnos, por favor complete la siguiente información:

Autorizo a _____ a proporcionar mi nombre, dirección, número de teléfono y fecha de nacimiento a la North Carolina Down Syndrome Alliance.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre de la madre: _____ Nombre del padre: _____

Dirección (calle): _____

Ciudad, estado, código postal: _____ Condado: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico de la madre: _____
 Correo electrónico del padre: _____

¿Qué raza o etnia describe mejor a los padres?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nativo estadounidense o de Alaska | <input type="checkbox"/> Asiático/Isleño del Pacífico | <input type="checkbox"/> Negro o afroestadounidense |
| <input type="checkbox"/> Hispano | <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico | <input type="checkbox"/> Múltiple etnia/otro _____ |

Por la presente eximo a _____, a la NCDSA y a sus empleados de toda responsabilidad por cualquier reclamación o daño que pueda resultar en cualquier momento a causa del cumplimiento de esta autorización. También declaro que soy el padre, madre o tutor legal de este menor.

¿Cómo puede ayudarle la NCDSA?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Recibí hace poco un diagnóstico prenatal | <input type="checkbox"/> Me gustaría recibir un paquete prenatal |
| <input type="checkbox"/> Recibí hace poco un diagnóstico de posparto/parto | <input type="checkbox"/> Me gustaría recibir una bolsa de bienvenida para el bebé |
| <input type="checkbox"/> Me gustaría conectarme con un mentor capacitado | <input type="checkbox"/> Quisiera conectarme con un padre o madre de habla hispana |
| <input type="checkbox"/> Estoy en proceso de adopción de un bebé o menor con Síndrome de Down | |
| <input type="checkbox"/> Mi familia quisiera establecer una conexión con NCDSA | |
| <input type="checkbox"/> Mi familia es nueva en el área | <input type="checkbox"/> Me gustaría recibir el boletín informativo electrónico |

Nombre del menor: _____ Fecha de nacimiento/fecha de parto del menor: _____ Sexo: M / F

PROVEEDOR: Por favor, envíe el formulario completo a NCDSA a través del fax (919) 788-3646 o por correo electrónico a info@ncdsalliance.org.