



Multiple Sclerosis
Association of America

Solicitud para el programa de equipos de enfriamiento

375 Kings Highway North, Cherry Hill, NJ
08034

(800) 532-7667 Sitio web: www.mymsaa.org

¿Por qué es importante el enfriamiento para las personas con esclerosis múltiple?

Muchas personas con esclerosis múltiple son sensibles al calor. La investigación sobre la EM ha demostrado que el calor y la humedad a menudo agravan los síntomas comunes de la EM. La investigación sobre la EM también ha demostrado que enfriar el cuerpo puede ayudar a disminuir los efectos negativos del calor y la humedad en una persona con EM.

¿Cómo enfrías el cuerpo?

Un chaleco de enfriamiento es una prenda ligera que contiene bolsillos aislado que contienen pequeñas paquetes de hielo. Los clientes de EM que usan estos chalecos a menudo experimentan un alivio de enfriamiento temporal cuando el clima se vuelve más cálido. **El Programa de equipos de enfriamiento de MSAA ofrece prendas de enfriamiento gratuitas que se pueden usar debajo o sobre la ropa, junto con accesorios para enfriar el cuello, las muñecas y los tobillos.**

La MSAA lo alienta a considerar estas opciones y hacer su selección cuidadosamente, porque:

- No puedo solicitar combinaciones de productos (como algunos artículos de A y otros de C)
- No hay devoluciones o intercambios
- La MSAA hará la selección si no se elige un color

¿Cómo califico y solicito?

Paso 1 Cumplir con los requisitos de ingresos o indicar una necesidad financiera debido a la pandemia del COVID-19

Paso 2 Haga su selección producto(s)

Paso 3 Lea y firme el Formulario de los Términos del Acuerdo

Paso 4 Llene el Formulario de Ingreso

Paso 5 Si está disponible, incluya una carta de su doctor que confirme su diagnóstico de EM

Paso 6 Envíe la solicitud completada a la MSAA vía fax al 856-488-8257 o por correo a:
MSAA, 375 Kings Highway North, Cherry Hill, NJ 08034

Si tiene preguntas, sírvase llamar la MSAA al (800) 532-7667 o los fabricantes enumerados debajo:

Polar Products
800-763-8423; www.polarproducts.com

Steele Body Cooling
888-783-3538; www.steelevest.com

El Programa de Equipos de Enfriamiento de la MSAA es posible, en parte, con el apoyo de Biogen, Celgene, EMD Serono, Genentech, la Fundación Ravitz, y Sanofi Genzyme.

Por favor haga una copia para su archivo
MSAA fax: 856-488-8257 MSAA tel.: (800) 532-7667

1 de 6

Revisado: 5/20

PASO 1: ELEGIBILIDAD DE INGRESOS y NECESIDAD ECONÓMICA

ACTUALIZACIÓN IMPORTANTE:

Bajo las directrices estándar del programa, la MSAA les pide a los solicitantes que indiquen sus ingresos familiares anuales en base a su declaración más reciente del impuesto sobre la renta. Los ingresos indicados se comparan con los del siguiente cuadro que triplica las directrices federales de pobreza para determinar los criterios económicos. Sin embargo, la MSAA reconoce que la reciente pandemia del COVID-19 puede haber afectado negativamente su situación económica actual. Como resultado de ello, estamos aceptando actualmente dos opciones de condiciones de ingresos:

Opción 1. Necesidad económica súbita

Opción 2. Condiciones estándar de ingresos

Opción 1. Si la pandemia del COVID-19 afectó negativamente su situación económica y actualmente pasa por un período de privación, por favor marque la casilla y firme abajo.

Yo (el solicitante), por medio de la presente, certifico que estoy pasando por un período de privación económica súbita como resultado de la pandemia del COVID-19 y requiero la ayuda de la MSAA para el programa de distribución de equipos de enfriamiento

Explique cómo ha cambiado su situación financiera: _____

_____ Firma: _____ Fecha: _____

Opción 2. Si la pandemia del COVID-19 no afectó su situación económica, por favor indique sus ingresos familiares y el número de personas viviendo en su hogar. Por favor revise el cuadro abajo para ver si sus ingresos son menores al nivel indicado. Si es así, por favor firme a continuación.

Mis ingresos familiares anuales son: \$_____. El número de personas que viven en mi hogar es: _____.

Directrices de ingresos familiares anuales de la MSAA (basadas en el triple del nivel federal de pobreza)

Personas viviendo en el hogar	Ingresos
1	\$38,500
2	\$52,000
3	\$65,000
4	\$79,000
5	\$92,000
6	\$105,500
7	\$119,000
8	\$132,500

Por medio de la presente y con mi firma que aparece a continuación, yo (el solicitante) certifico que la información proporcionada a la MSAA es veraz y correcta y que mis ingresos familiares anuales están por debajo del nivel enumerado en el cuadro para las personas que viven en el hogar.

Firma: _____ Fecha: _____

PASO 2: SELECCIÓN DE PRODUCTOS – elige solo uno (1)

Chaleco o Faja oculta para el torso usado debajo de la ropa (Opciones A y B):

- Son más pequeños y ligeros. Hay menos espacio para los paquetes de hielo, por lo que hay menos tiempo de enfriamiento/alivio.
- Se ocultan fácilmente para un uso discreto y cómodo de llevar en el trabajo, en movimiento o haciendo ejercicio.

Los chalecos que se usan sobre la ropa (Opciones C y D):

- Son más grandes y no son ligeros.
- Son productos tradicionales que ofrecen un alivio máximo de enfriamiento mientras te relajas y disfrutas del aire libre.

Selecione la opción A, B, C, o D debajo. No hay combinaciones, intercambios o devoluciones.

A. Steele Cool-UnderVest Kit – incluye:

- Cool-UnderVest – Correas anchas y elásticas que se ajustan completamente en los hombros y la cintura para un tamaño universal. El tejido de concha suave y cómodo permite que el chaleco se use debajo de la ropa. El chaleco pesa de 1 a 3 libras dependiendo de la cantidad de franjas de hielo que se use en el chaleco.
- Compresas de enfriamiento son flexibles y de doble sellado sin toxinas y congelan a 32°. Las compresas de enfriamiento vienen con ocho paquetes de 10 onzas.
- Lazo para el cuello de lujo y 2 bandas para las muñecas, 2 juegos de compresas frías para cada artículo.



Chaleco para debajo de la ropa



Lazo para el cuello



Bandas para las muñecas

B. Polar CoolFit Kit – incluye:

- Faja oculta de enfriamiento para el torso con lados elásticos y velcro
- Pesa 2 libras y se ajusta a las cinturas 24" – 46"
- Lazo para el cuello de lujo, 2 bandas para las muñecas, 2 bandas para los tobillos
- Compresas enfriadoras adicionales para todos los artículos



Selecione un color: Caqui

Negro

C. Polar Zipper Style Vest (Chaleco con cierres delanteros) – las compresas enfriadoras congelan a 32°

- Los chalecos de enfriamiento vienen con bolsillos aislados para los paquetes de enfriamiento y estan disponibles en varios tamaños para garantizar un ajuste cómodo, efectivo y atractivo.
- Los chalecos más grandes requieren más cobertura y usan paquetes adicionales, y los chalecos más pequeños usan menos paquetes. El peso del chaleco varía (2-6 lbs.). El sistema incluye un conjunto adicional de compresas de enfriamiento.
- Incluye un lazo atractivo con compresas de enfriamiento adicionales (el mismo color del chaleco)

Seleccione un tamaño y color del chaleco:

Azul

Caqui

Negro

- XS/S:** Se ajusta 85 - 110 lbs.; pesa 2-4 lbs.
- S/M:** Se ajusta 110 - 125 lbs.; pesa 2-4 lbs.
- M/L:** Se ajusta 125 - 175 lbs.; pesa 3-5 lbs.
- L/XL:** Se ajusta 175 - 250 lbs.; pesa 3-5 lbs.
- XL/XXL:** Se ajusta 250 - 325 lbs.; pesa 3-6 lbs.
- 2XL/3XL:** Se ajusta 325 lbs. +; pesa 3-6 lbs.



D. Steele CoolStyle™ Vest – las compresas enfriadoras de hielo congelan a 32°

- Steele CoolStyle™ Vest (chaleco) con bolsillos refrigerantes y correas elásticas ajustables ubicadas discretamente en el interior del chaleco. Contiene cuatro franjas de hielo segmentado (3 paquetes por franja) y pesa de 3 - 6 libras dependiendo de la cantidad de paquetes utilizados. Tres bolsillos exteriores para un teléfono celular.
- Se ajusta fácilmente para adaptarse a 100-300+ libras, ya que las franjas elásticas de ajuste de tamaño se pueden cortar para adaptarse.
- Dos franjas de enfriamiento están segmentadas y selladas para máxima flexibilidad, durabilidad, facilidad de manejo y congelación.
- Incluye un lazo para el cuello y 2 pequeñas compresas de enfriamiento

Seleccione un tamaño y color del chaleco:

Negro

Caqui

Gris



PASO 3: TÉRMINOS DEL ACUERDO

Por mi firma que aparece abajo, yo, el beneficiario de este equipo, entiendo y acepto que:

1. **Tengo un diagnóstico médicamente confirmado de esclerosis múltiple por parte de un profesional de la salud con licencia.**
2. Que la Multiple Sclerosis Association of America, Inc. (MSAA) no está obligada a proporcionar ningún o todo equipo o artículo que he solicitado. La MSAA conserva el derecho de determinar definitivamente cuál distribuirá.
3. Que algunos productos estan restringidos en tamaño, y por lo tanto la MSAA no es responsable por adaptarme los productos que solicitado.
4. Que al recibir el equipo, lo inspeccionaré y le notificaré a la MSAA sobre cualquier problema o daño que pudiese haber ocurrido durante el envío.
5. Que liberaré a la MSAA, sus funcionarios, empleados, agentes y miembros de toda responsabilidad por cualquier lesión o pérdida que pudiese ocurrir debido al uso o mal uso de este equipo o estos artículos proporcionados por la MSAA.
6. Que asumiré la única responsabilidad por el equipo que se me distribuyó y que todo el mantenimiento, todas las reparaciones y piezas o artículos de repuesto son mi responsabilidad.
7. Que soy responsable de notificarle a la MSAA sobre todo cambio de cualquier nombre, dirección o teléfono que ocurran mientras poseo cualquier equipo proporcionado por la MSAA.
8. Que la información personal y médica que le he proporcionado voluntariamente a la MSAA puede ser utilizada o compartida para el único propósito de adquirir el servicio o beneficio que he solicitado. Entiendo que la política de la MSAA es mantener estrictamente la confidencialidad y seguridad de toda información personal.

He leído, entendido y estoy de acuerdo con cada uno de los términos y las descripciones como se indicaron arriba:

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____

PASO 4: FORMULARIO DE ADMISIÓN

Nota importante: La política de la MSAA es mantener estrictamente la confidencialidad y seguridad de toda la información personal y médica. La MSAA no compartirá su información a menos que sea necesario para adquirir un servicio o beneficio solicitado.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Nombre: _____

Apellido: _____

Dirección postal: _____

Dirección de envío (si es distinta): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Condado: _____

Teléfono residencial: _____ Teléfono celular: _____

Correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____

Compañero de atención primario: _____

Raza (por favor marque toda raza pertinente):

Indígena americano o nativo de Alaska

Hispano o Latino

Asiático o Isleño del Pacífico

Blanco o Indoeuropeo

Negro o Afroamericano

Otra: _____

Idioma primario (por favor seleccione uno):

Inglés Español Otro: _____

Referido a / aprendió sobre la MSAA a través de (por favor seleccione todo lo pertinente):

Familia o amigo

Proveedor médico

Búsqueda en internet

Medio de comunicación

Correo electrónico de la MSAA

Evento de la MSAA

Lista de correo para evento MSAA

Publicación de la MSAA

Sitio web de la MSAA

Otra organización de EM

Medios sociales

Solicitación

Folleto "Swim for MS"

Socio de "Swim for MS"

Compatibilidad de voluntarios

Si decide dejar de recibir la revista gratuita de la MSAA o sus correos electrónicos, seleccione:

No me envíen la revista *The Motivator*. No me envíen los correos electrónicos de la MSAA.

INFORMACIÓN SOBRE LA EM

Clasificación de la EM (por favor seleccione una):

EM progresiva primaria

EM remitente recurrente

EM progresiva recurrente

EM progresiva secundaria

Incierta

Por favor haga una copia para su archivo

5 de 6

Revisado: 5/20

MSAA fax: 856-488-8257 MSAA tel.: (800) 532-7667

Año del diagnóstico: _____

Síntomas (por favor marque todo lo pertinente):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dificultades con el equilibrio | <input type="checkbox"/> Pesadez en las piernas |
| <input type="checkbox"/> Problemas en la vejiga | <input type="checkbox"/> Pérdida de la memoria y atención |
| <input type="checkbox"/> Problemas intestinales | <input type="checkbox"/> Espasmos musculares |
| <input type="checkbox"/> Sensación de ardor | <input type="checkbox"/> Músculos tensos |
| <input type="checkbox"/> Sensibilidad al frío | <input type="checkbox"/> Entumecimiento |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de la coordinación | <input type="checkbox"/> Dolor |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Dificultad al hablar |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para resolver problemas | <input type="checkbox"/> Dificultad al tragar |
| <input type="checkbox"/> Mareo / vértigo | <input type="checkbox"/> Hormigueo |
| <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Temblores |
| <input type="checkbox"/> Debilidad general | <input type="checkbox"/> Pérdida visual o vista borrosa |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Dolor visual |
| <input type="checkbox"/> Sensibilidad al calor | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Problemas de movilidad:

- Siempre Moderado Ocasional Ninguno

¿Recibe terapia modificadora de la enfermedad (TME) para la EM en este momento?

- Sí No

De ser así, por favor seleccione su medicamento **actual** del tratamiento:

- | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aubagio® | <input type="checkbox"/> Avonex® | <input type="checkbox"/> Bafiertam™ | <input type="checkbox"/> Betaseron® | <input type="checkbox"/> Copaxone |
| <input type="checkbox"/> Extavia® | <input type="checkbox"/> Gilenya® | <input type="checkbox"/> Glatiramer acetate | <input type="checkbox"/> Glatopa® | <input type="checkbox"/> Lemtrada® |
| <input type="checkbox"/> Mavenclad® | <input type="checkbox"/> Mayzent® | <input type="checkbox"/> Novantrone® | <input type="checkbox"/> Ocrevus™ | <input type="checkbox"/> Plegridy® |
| <input type="checkbox"/> Rebif® | <input type="checkbox"/> Tecfidera™ | <input type="checkbox"/> Tysabri® | <input type="checkbox"/> Vumerity™ | <input type="checkbox"/> Zeposia® |

Pruebas que has tenidos (seleccione todas las pertinentes):

- Potenciales provocados RMN (MRI) del cerebro RMN (MRI) de la columna Punción lumbar

Médico familiar: _____ Teléfono: _____

Neurólogo: _____ Teléfono: _____

Ingreso familiar anual (estime la cantidad más cercana):

- | | | | |
|--|-------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Menos de \$10,000 | <input type="checkbox"/> \$20,000 | <input type="checkbox"/> \$30,000 | <input type="checkbox"/> \$40,000 |
| <input type="checkbox"/> \$50,000 | <input type="checkbox"/> \$60,000 | <input type="checkbox"/> \$70,000 | <input type="checkbox"/> \$80,000 |
| <input type="checkbox"/> \$90,000 | <input type="checkbox"/> \$100,000+ | | |

Paso 5 Si tiene una copia de la nota de un doctor que confirma su diagnóstico de EM, inclúyala con esta solicitud. Si las restricciones para salir de su casa o llegar al consultorio del doctor presentan desafíos, entonces MSAA aceptará su confirmación de EM del **TÉRMINOS DE ACUERDO**.

Paso 6: Envíe la solicitud completada a la MSAA vía fax al 856-488-8257 o por correo a: MSAA, 375 Kings Highway North, Cherry Hill, NJ 08034