

(Por favor guarde el formulario después de completarlo)



Programa de apoyo al paciente SPF

Si usted sufre el síndrome post-finasterida y le gustaría contactar con otros pacientes con SPF para solicitar asesoramiento y /o apoyo, por favor complete este formulario y mándelo por email a social@pfsfoundation.org

1. Nombre _____

2. Soy... (seleccionar solamente una):

Un paciente con SPF necesitando apoyo inmediato/consejo de otros pacientes con SPF

Un paciente que está dispuesto a ayudar a otros pacientes si/cuando se necesite

3. Edad _____

4. ¿Hace cuánto tiempo tomó finasterida aproximadamente?

_____ años y/o _____ meses

5. ¿Hace cuánto tiempo dejó de tomar finasterida aproximadamente?

(mes) _____ (año) _____

6. Ubicación

Ciudad y estado (si vive en EE.UU.) _____

Ciudad y país (si vive fuera de EE.UU.) _____

7. Petición de contacto

Si usted vive en EE.UU., primeramente buscaremos otros pacientes con SPF en su propio estado. Si no disponemos de tales pacientes en los archivos de su estado, buscaremos otros pacientes con SPF en los estados adyacentes o más cercanos. Si

usted vive fuera de los EE.UU., primeramente buscaremos otros pacientes con SPF en su propio país. Si no disponemos de tales pacientes en los archivos de su país, buscaremos otros pacientes con SPF en los países adyacentes o más cercanos al suyo.

Para la búsqueda inicial, estaría interesado en contactar con...

- hasta 5 pacientes con SPF
- hasta 10 pacientes con SPF
- hasta 20 pacientes con SPF
- 21 o más pacientes con SPF

8. Información de contacto

Deseo ser contactado vía (seleccionar tantas como se soliciten)

Email: Mi dirección de correo electrónico es: _____

Teléfono: Mi número de teléfono es: _____

Skype: Mi dirección de Skype es: _____

9. Fecha (mes) _____ (día) ____ (año) _____

CONFIDENCIALIDAD

Entiendo que al presentar este formulario a la Fundación SPF, estoy de acuerdo en permitir que la Fundación difunda la información contenida en el presente documento a otros pacientes según las indicaciones anteriormente descritas. La fundación no publicará o difundirá de ningún otro modo cualquier información personal identificable sin mi consentimiento escrito.

Firma del paciente con SPF

Si tiene cualquier pregunta, por favor contacte:

Philip Roberts
Patient Manager
PFS Foundation
proberts@pfsfoundation.org
(856)425-6046

Por favor guarde el formulario después de completarlo