

(Por favor guarde el formulario después de completarlo)



## SPF programa de apoyo al suicidio

Si un ser querido que sufría el síndrome post-finasterida acabó con su vida y le gustaría contactar con los familiares de otros pacientes con SPF que se quitaron la vida, por favor complete este formulario y mándelo por email a [social@pfsfoundation.org](mailto:social@pfsfoundation.org)

1. Mi nombre \_\_\_\_\_

2. Nombre del paciente con SPF que se quitó la vida \_\_\_\_\_

3. Fecha aproximada del suicidio \_\_\_\_\_

4. Mi relación con el paciente que se quitó la vida

- \_\_\_\_ esposa
- \_\_\_\_ progenitor
- \_\_\_\_ niño
- \_\_\_\_ hermano/a
- \_\_\_\_ pareja
- \_\_\_\_ otro (por favor especificar) \_\_\_\_\_

5. Mi ubicación

Ciudad y estado (si vive en los EE.UU.) \_\_\_\_\_

Ciudad y país (si vive fuera de los EE.UU.) \_\_\_\_\_

6. Ubicación del paciente con SPF que se quitó la vida

Ciudad y estado (si vive en los EE.UU.) \_\_\_\_\_

Ciudad y país (si vive fuera de los EE.UU.) \_\_\_\_\_

7. 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](mailto:proberts@pfsfoundation.org)  
(856)425-6046

**Por favor guarde el formulario después de completarlo**