



FORMATO DE ADHESIÓN

Fecha: _____
 día /mes / año

1.- Nombre de la persona con displasia ectodérmica:

2.- Sexo:

3.- fecha de nacimiento:

Día / Mes / Año

4.- Domicilio:

Calle

número exterior

número interior

Colonia

Código Postal

Localidad

Municipio

Estado

5.- Número de teléfono casa: _____

Lada

número local

Número celular: _____

6.- Correo electrónico: _____

7.- Facebook: _____

8.- ¿Desea pertenecer a la Asociación Mexicana de Displasia Ectodérmica Mariana A.C. (AMDEM), tener contacto y compartir información con otras familias?

SI _____ | NO _____

9.- Autoriza a la AMDEM la captación y utilización de imágenes como fotografías y/o videos de las personas de su familia con displasia ectodérmica para los fines que la asociación convenga.

SI _____ | NO _____

	SI	NO	DESCONOCE
10. Tiene dientes			
11. Sus dientes son pequeños y cónicos			
12. Tiene implantes dentales o dentaduras			
13. Tiene paladar hendido o labio leporino			
14. Algún otro problema dental			
En caso afirmativo ¿Cuál?			

	SI	NO	DESCONOCE
15. Tiene escasez de cabello.			
16. Su cabello crece despacio, es frágil o difícil de manejar.			
17. Algún otro problema con el cabello			
En caso afirmativo ¿Cuál?			

	SI	NO	DESCONOCE
18. Lagrimea			
19. Tiene pocas cejas y pestañas			
20. Algún problema con los ojos o de visión.			
En caso afirmativo ¿Cuál?			

	SI	NO	DESCONOCE
21. Tiene sordera o algún problema con los nervios auditivos.			
22. Demasiada cerilla.			
23. Descargas nasales mal olientes.			
24. Gripas frecuentes, neumonía y/o infecciones en vías respiratorias.			
25. Algún otro problema con los oídos, nariz y garganta.			

En caso afirmativo ¿Cuál?

	SI	NO	DESCONOCE
26. Suda			
27. Actividad física restringida debido a la intolerancia al calor.			
28. Fiebres altas frecuentes.			
29. Piel seca.			
30. Algún problema crónico de la piel.			

En caso afirmativo ¿Cuál?

	SI	NO	DESCONOCE
31. Uñas pequeñas, mal formadas o con lento crecimiento.			
32. Dedos pequeños.			
33. Estatura baja.			
34. Pezones sin desarrollar, ausentes o extras.			
35. Retraso en el desarrollo sexual.			
36. Algún problema con el crecimiento y desarrollo del esqueleto o de los miembros.			

En caso afirmativo ¿Cuál?

	SI	NO	DESCONOCE
37. Problemas de alimentación, para ganar peso, reflujo gástrico, vómito frecuente o dificultades para deglutir.			

En caso afirmativo ¿Cuál?

	SI	NO	DESCONOCE
38. Le han practicado algún estudio para determinar el tipo de displasia que padece.			

En caso afirmativo ¿Cuál?

	SI	NO	DESCONOCE
39. Ha muerto algún bebe o niño prematuramente en su familia.			
40. El niño que murió padecía displasia ectodérmica.			

41. Mencione algún otro defecto de nacimiento y problemas de salud presentes y pasados. (como daño cerebral, problemas de lenguaje, déficit de atención)

	SI	NO	DESCONOCE
42. Tiene parientes, vivos o muertos, que hayan tenido alguno de los problemas antes mencionados.			
En caso afirmativo, nos podría mencionar el padecimiento y el parentesco que se tiene con éste (especificar si es por parte materna o paterna)			

43. Nos puede proporcionar los nombres y direcciones de los médicos que podría recomendar a otras familias.

ESTRUCTURA FAMILIAR	Nombre Completo (Nombre(s)/apellido paterno/apellido materno)	Fecha de Nacimiento (día/mes/año)	Ocupación
Papá			
Mamá			
Hijo 1			
Hijo 2			
Hijo 3			
Hijo 4			
Hijo 5			
Otro			