



Estamos  
cambiando vidas

## 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	DESCONOCES
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	DESCONOCES
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	DESCONOCES
18. Lagrimea			
19. Tiene pocas cejas y pestañas			
20. Algún problema con los ojos o de visión.			
En caso afirmativo ¿Cuál?			

	SI	NO	DESCONOCES
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	DESCONOC
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	DESCONOC
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	DESCONOC
37. Problemas de alimentación, para ganar peso, reflujo gástrico, vómito frecuente o dificultades para deglutar.			

En caso afirmativo ¿Cuál?

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

En caso afirmativo ¿Cuál?



	SI	NO	DESCONOC
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)


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			