



POSTNATAL

Felicitaciones en el nacimiento de su bebe De parte de la Asociación del Síndrome de Down de Wisconsin (DSAW)

La **DSAW** es una organización sin fin de lucro compuesta de padres, profesionales y personas interesadas en tener un mejor entendimiento de lo que es el Síndrome de Down. Con mas de 2,000 miembros, la DSAW proporciona servicios a padres, educadores (maestros), profesionales de la salud, personas con síndrome de Down y a la comunidad en general. Nosotros ofrecemos apoyo fraternal en todo el estado, las caminatas de conciencia para el síndrome de Down, formaciones en escuelas para los amigos de personas con síndrome de Down y muchos otros programas y oportunidades para los padres y otras personas interesadas. Tenemos grupos de apoyo a través del estado de Wisconsin para conectarse entre y con otras familias.

El **Programa de Primera Llamada para los padres de la DSAW** ofrece una conexión con otros padres. Nuestros padres del Programa de Primera Llamada son un recurso invaluable de información y apoyo. La DSAW le ofrece a cada nueva familia una cesta de bienvenida complementaria y un paquete para nuevos padres también como un recurso mas de información. Por razones de confidencialidad, el hospital u otro profesional médico no puede compartir su información con DSAW sin su permiso. Si desea conectarse con nosotros, por favor complete la siguiente información:

Autorizo a _____ (Hospital o Profesional Médico) a compartir mi nombre, correo electrónico y/o número de teléfono con La Asociación del síndrome de Down de Wisconsin (DSAW) para que puedan contactarme y autorizo dicho contacto por la DSAW.

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre (por favor en letra de imprenta):

Dirección: (calle, ciudad/pueblo, estado, código postal): Opcional

Teléfono de la casa: _____ Teléfono celular: _____

Correo electrónico: _____

Nombre del bebe: _____ Fecha de nacimiento: _____

Por medio de la presente libero a _____ (Hospital o Profesional Médico), DSAW y sus empleados de cualquier y toda responsabilidad por cualquiera y toda demanda o daño que pueda en cualquier momento resultar del cumplimiento de la presente autorización. Yo también reconozco que soy el padre o el guardián de este bebe.

Estoy solicitando (marque todo lo que corresponda):

- Se me incorpore a la lista de correo de DSAW, obtener el libro y el paquete de padres y sea enviado por correo a mi casa.
- Una llamada telefónica dentro de 24 horas de una mamá del Programa de Primera Llamada.
- Una llamada telefónica dentro de 24 horas de un papá del Programa de Primera Llamada.
- Una llamada telefónica en español dentro de 24 horas de uno de los padres del Programa de Primera Llamada.

Si te gusta una llamada telefónica, que es la mejora tiempo para llamar? _____

Si te gusta una llamada telefónica, tenemos permisión dejar un mensaje? SI NO

Que te descubres del Programa de Primera Llamada? _____

Por favor, envíe por fax este formulario a: **(414) 327-1329**