



De parte de la Fundacion del Syndrome de Down del Norte de Texas Felicitaciones por el Nacimiento de su bebe

La Fundacion del Syndrome de Down del Norte de Texas (DSPNT) apoya a individuos con síndrome de Down, sus familias y cuidadores para que puedan lograr los objetivos deseados y compartimos la autorrealización y orgullo en los logros .

La inclusión en la comunidad y alcanzar el máximo potencial a través de actividades sociales y educativas.

La Fundacion del Syndrome de Down del Norte de Texas (DSPNT y su Programa de “ **Primera llamada de los padres** (PFC) tienen como objetivo conectar una familia que recién recibió el diagnóstico de su bebe con un padre voluntario capacitado. Los voluntarios proporcionan apoyo e información precisa y actualizada y responden preguntas e inquietudes de manera confidencial. También entregan una canasta con recursos, libros y regalos que está especialmente preparado por DSPNT. Todos nuestros voluntarios están entrenados y deben aprobar un chequeo de antecedentes criminales.

Debido a sus inquietudes de privacidad, el hospital no puede compartir su información con el DSPNT sin su permiso. Si desea conectarse con nosotros, por favor complete la siguiente información:

Autorizo al hospital _____ a que libere mi nombre, dirección, número de teléfono, nombre del bebé y fecha de nacimiento al DSPNT para que pueda ser contactado por ellos.

Firma

Fecha

Nombre :

Direccion complete incluyendo Codigo postal: _____

Telefono Casa : _____ Celular: _____

Correo Electronico: _____

Nombre de su bebe: _____ Genero _____ Fecha Nacimiento _____

Origen etnico ☐ Africo Americano ☐ Asiatico ☐ Hispano ☐ Nativo Americano ☐ Islas del Pacifico ☐ Americano

Por la presente libero a _____ hospital y a la Asociación de Down Syndrome del norte de Texas de cualquier y toda responsabilidad por cualesquiera y todas las reclamaciones o daños que puedan resultar en cualquier momento debido al cumplimiento de esta autorización. También reconozco que soy el padre o guardián legal de este bebé.

Por favor indique el que mejor le aplique:

- ☐ Me gustaria que se comuniqué conmigo alguien de PFC Primera llamada
- ☐ Me gustaria me visiten de Primera llamada y me traigan la canasta con recursos e informacion
- ☐ Por favor incluyame en la lista de distribucion DSPNT

For Hospital Use:

Please email this form to blake@dspnt.org or call 682-316-3121.

The Down Syndrome Partnership of North Texas

P.O. Box 766, Fort Worth, Texas 76101

www.dspnt.org