**Individuo con Distrofia Muscular de Cinturas (LGMD):**

**Cuestionario para la “Entrevista Destacada”**

**NOMBRE**: **eDAD**:

**país:**

**SubTIPO DE DISTROFIA DE CINTURAS** (si se conoce):

**¿A QUÉ EDAD FUE DIAGNOSTICADO?**:

**¿CUÁLES FUERON SUS PRIMEROS SÍNTOMAS?**:

**¿ALGÚN OTRO MIEMBRO DE SU FAMILIA TIENE LGMD?:**

**¿PARA USTED CUÁLES SON LOS MAYORES DESAFÍOS DE VIVIR CON LGMD?:**

**¿CUÁL HA SIDO SU MAYOR LOGRO?:**

**¿CÓMO HA INFLUíDO LA LGMD SOBRE USTED PARA CONVERTIRSE EN LA PERSONA QUE ES HOY?:**

 **¿QUÉ QUISIERA QUE EL MUNDO SUPIERA SOBRE LA LGMD?**:

**SI SU LGMD PUDIERA SER "CURADA" MAÑANA, ¿QUé SERÍA LO PRIMERO QUE DESEARÍA HACER?**:

Por favor envíe el cuestionario completo, el formulario de autorización firmado y una foto suya digital (en formato .jpeg) por correo electrónico a: info@lgmd-info.org

El formulario de autorización también debe ser completado y enviado.

Gracias por ayudarnos a crear conciencia sobre la

Distrofia Muscular de Cinturas (LGMD).