



PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

AND-002

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 651889177

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: DIAZ PABLO

DIRECCIÓN: c/ FERIAS 16,

LOCALIDAD: HINOJOS PROVINCIA: HUELVA CP: 21740

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO:

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>



Asociación
Española para
el Síndrome de
PRADER-WILLI

Avenida de los
Derechos Humanos, 20
28914 LEGANES (Madrid)
Tel: 91 533 68 29
asociacion@aespw.org
www.sindromeprader-willi.org
C.I.F.N. : G-81128464



PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

AND-003

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Josef Laito

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 660 47 84 30

EMAIL: alfonsojapromociones@yahoo.es

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: David José Alfonso Laito

DIRECCIÓN: C/11. Ramiro y Cajal 3, 1º Dcha

LOCALIDAD: Ayamonte

PROVINCIA: Huelva CP: 21400

TELÉFONO: 959320594

FECHA DE NACIMIENTO:

DNI: 29613451-D

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

AND-005

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Eloisa Calvo Garcia

FECHA DE NACIMIENTO: 02/07/58

TELÉFONO: 635 2513 11

EMAIL: eloisacalvogarcia@gmail.com

DNI: 28538364 H

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Pedro Caravaca Calvo

DIRECCIÓN: C/11. Fraternidad 1

LOCALIDAD: Leganés

PROVINCIA: Madrid CP: 28914

TELÉFONO: 915336829

FECHA DE NACIMIENTO:

DNI: 77814214 Q

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

SÍ

☒ NO

OTROS TRATAMIENTOS:

SÍ

NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión Inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>



Asociación Española para el Síndrome de PRADER-WILLI

Avenida de los Derechos Humanos, 20
28914 LEGANÉS (Madrid)
Tel: 91 533 68 29
asociacion-aeaspw.org
www.sindromepraderwilli.org
C.I.F. N.º G-21128454



PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

AND-006

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Juan José Mendoza Reyes

FECHA DE NACIMIENTO: 26/04/69

TELÉFONO: 670500314

EMAIL: juanjosemendoza@hotmail.com

DNI: 33356717-R

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? SÍ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Jonathan Mendoza Fernández

DIRECCIÓN: C/11. Aljazar 49

LOCALIDAD: Staña

PROVINCIA: Girona CP: 18230

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 15/07/1991

DNI: 751399484

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

SÍ NO

OTROS TRATAMIENTOS:

SÍ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>



Asociación Española para el Síndrome de PRADER-WILLI

Avenida de los Derechos Humanos, 20
28914 LEGANES (Madrid)
Tel: 91 533 68 29
asociacion@aespw.org
www.sindromepraderwilli.org
C.I.F. N.º G-811240-11



PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

AND - 009

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Estrella Godillo Sainchez

FECHA DE NACIMIENTO: 04/08/1967

TELÉFONO: 684 225 229

EMAIL: estregodillo@gmail.com

DNI: 28893068A

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? ☐ SÍ ☒ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Julia Laseca Godillo

DIRECCIÓN: Avda. Kansas City 53, 2º B

LOCALIDAD: Sevilla

PROVINCIA:

CP:

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 03/06/1999

DNI: 53346376-S

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

SÍ ☐ NO ☒

OTROS TRATAMIENTOS:

SÍ ☐ NO ☐

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>



Asociación Española para el Síndrome de PRADER-WILLI

Avenida de los
Derechos Humanos, 26
28914 LEGANES (Madrid)

Tel: 91 533 68 29

asociacion@aespw.org
www.sindromepraderwilli.org

C.I.F. N.º: G-81128464



PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

AND - 010

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Isabel Blanco Bella

FECHA DE NACIMIENTO: 28/02/67

TELÉFONO: 635324494

EMAIL: isabelle2@gmail.com

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Juan Manuel Marquez Blanco

DIRECCIÓN: C/11. Fraternidad 1

LOCALIDAD: Leganés

PROVINCIA: Madrid CP: 28917

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 14-09-98

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión Inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>




PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI
DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: ADELA CUELLO MARTINELL

FECHA DE NACIMIENTO: 7-11-1942

TELÉFONO: 954-615101

EMAIL: adela.cuello@hotmail.es

DNI: 97.781896N

 ¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: ÁLVARO MORENO CUELLO

DIRECCIÓN: AVDA. DE LA PAZ, 2 - ED. SAN ANTONIO - 6º B

LOCALIDAD: SEVILLA

PROVINCIA: SEVILLA CP: 41013

TELÉFONO: 954 615101

FECHA DE NACIMIENTO: 20-4-1984

DNI: 77804155P

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

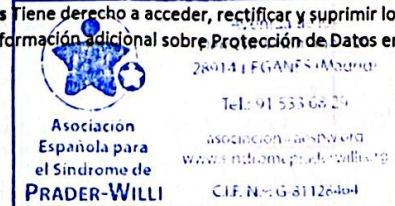
HOSPITAL:

 TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO**

 OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión Inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politicadeprivacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

AND-013

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO:

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ NO**
(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: PARRILLA PALOMO, MARÍA VICTORIA

DIRECCIÓN: c/ BLAS INFANTE 34,

LOCALIDAD: CASTIBLANCO DE LOS ARROYOS **PROVINCIA:** SEVILLA **CP:** 41230

TELÉFONO: 652927553

FECHA DE NACIMIENTO:

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, **Finalidad** Gestión inscripciones donantes. **Legitimación** por relación contractual. **Destinatarios** No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal **Derechos** Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional **Ubicación** Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

AND - 016

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Isabel Dominguez Srias

FECHA DE NACIMIENTO: 12/11/1969

TELÉFONO: 687532934

EMAIL: belador@gmail.com

DNI: 35119117A

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? SÍ NO
(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Claudia Muñoz Dominguez

DIRECCIÓN: C/1. Burielos, 3

LOCALIDAD: Sotapa

PROVINCIA: Sevilla CP:

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 9/11/2002

DNI: 47548478-A

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: SÍ NO

OTROS TRATAMIENTOS: SÍ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi. Finalidad Gestión Inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la Información adicional. Ubicación Puede consultar la Información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>



Asociación
Española para
el Síndrome de
PRADER-WILLI

Avenida de los
Derechos Humanos, 26
28914 LEGANÉS (Madrid)
Tel: 91 533 68 29
asociacion@aespw.org
www.sindromepraderwilli.org
C.I.F. N.º: G-81128464



PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

AND - 17

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Jose Maria Vede de Dio

FECHA DE NACIMIENTO: 24-08-54

TELÉFONO: 653162120

EMAIL:

DNI: 30442550-J

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? ☒ SÍ ☐ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Belen Vede Miguel

DIRECCIÓN: Avda. Surco Conelio 44 - Bjo 1

LOCALIDAD: Palma del Río

PROVINCIA: Córdoba CP: 14700

TELÉFONO: ~~15404761-M~~

FECHA DE NACIMIENTO: 26/12/93

DNI: 15404761-M

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

SÍ

☒ NO

OTROS TRATAMIENTOS:

SÍ

NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>



Asociación Española para el Síndrome de PRADER-WILLI

Avenida de los Derechos Humanos, 20
28914 LEGANES (Madrid)
Tel: 91 533 68 29
asociacion@aespw.org
www.sindromepraderwilli.org
C.I.F. N.º: G-81128464



PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

AND - 019

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Jorge Ortiz Torrico

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 957465115

EMAIL:

DNI: 30097622Y

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Jorge Melledo Ortiz

DIRECCIÓN: C/11. Tránsito Torre de los Ríos, N° 2.3º

LOCALIDAD: Córdoba

PROVINCIA:

CP: 14001

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 20/02/1979

DNI: 44359875M

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la Información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

AND-29

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Antonia Polo Valenzuela

FECHA DE NACIMIENTO: 04-05-68

TELÉFONO: 676489803

EMAIL: perovap@gmail.com

DNI: 26011401B

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Antonio Javier López Polo

DIRECCIÓN: Residencia La Cañada -

LOCALIDAD: Santo Tomé

PROVINCIA: Jaén CP: 23311

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 04-12-92

DNI: 77348354-K

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

sí

NO

OTROS TRATAMIENTOS:

sí

NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión Inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>



Asociación
Española para
el Síndrome de
PRADER-WILLI

Avenida de los
Derechos Humanos, 20
28914 LEGANES (Madrid)
Tel: 91 533 68 29
asociacion@aespw.org
www.sindromepraderwilli.org
C.I.F. N: G-81128464



PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

AND-30

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Manuel Mesa Carrillo

FECHA DE NACIMIENTO: 23-08-47

TELÉFONO: 639381463

EMAIL: mmesacarrillo@yahoo.es

DNI: 25888744-J

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Manuel Mesa Hidalgo

DIRECCIÓN: Carretera Javaloniz 61

LOCALIDAD: Jasin

PROVINCIA:

CP: 23002

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 13/06/86

DNI: 77339663R

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

SÍ

NO

OTROS TRATAMIENTOS:

SÍ

NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión Inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>



Asociación Española para el Síndrome de PRADER-WILLI

Avda. de los Derechos Humanos, 20
28014 Madrid
Tel: 91 533 68 29
asociacion@aespw.org
www.sindromepnaderwilli.org
CIF: N-681128404


PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI
DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: PETRAI RUSTARAZO GARROT

FECHA DE NACIMIENTO: 7-7-1958

TELÉFONO: 658 90 49 88

EMAIL: petramusta@yahoo.es

DNI: 26736539-M

 ¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: LIBERTAD CRISTINA RUIZ RUSTARAZO

DIRECCIÓN: SOCORRO - 11

LOCALIDAD: LA CAROLINA

PROVINCIA: JAEN

CP: 23900

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 3-11-86

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

SÍ

NO

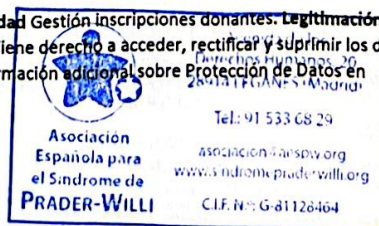
OTROS TRATAMIENTOS:

SÍ

NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: GABRIELA MUÑOZ ZUYAR

FECHA DE NACIMIENTO: 18-8-77

TELÉFONO: 637568456

EMAIL: gabimaz1881977@hotmail.com.

DNI: 75069117-S

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: PEDRO LUIZ RUIZ MUÑOZ

DIRECCIÓN: FRANCISCO OLIVARES 13

LOCALIDAD: Santisteban del Puerto

PROVINCIA: Jaen CP: 23250

TELÉFONO: 953401742

FECHA DE NACIMIENTO: 14-4-99

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

SÍ

NO

OTROS TRATAMIENTOS:

SÍ

NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>




PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI
DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: ANA LOPE SANCHEZ

FECHA DE NACIMIENTO: 11-12-64

TELÉFONO: 688075113

EMAIL:

DNI: 264677306

 ¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? ☒ SÍ ☐ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: PILAR POISON LOPEZ

DIRECCIÓN: San RAMON - 20-

LOCALIDAD: UBEDA

PROVINCIA: JAEN

CP: 23400

TELÉFONO: 628075113

FECHA DE NACIMIENTO: 8-10-97

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

☒ SÍ

☐ NO

OTROS TRATAMIENTOS:

☒ SÍ

☐ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en Madrid: <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

AND-341

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Adoración Baldán Moreno

FECHA DE NACIMIENTO: 27-07-1966

TELÉFONO: 635953483

EMAIL: baldan40@hotmail.com

DNI: 26468130Y

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? ☒ SÍ ☐ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Irene Soira Baldán

DIRECCIÓN: C/1. Quesada 11, 1º B

LOCALIDAD: Ubeda

PROVINCIA: Jaén

CP: 23400

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 04-10-1998

DNI: 26497323N

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

SÍ

☒ NO

OTROS TRATAMIENTOS:

SÍ

☐ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politicadeprivacidad>



Asociación
Española para
el Síndrome de
PRADER-WILLI

Avenida de los
Derechos Humanos, 20
28914 LEGANES (Madrid)

Tel: 91 533 68 29

asociacion@aespw.org
www.sindromepraderwilli.org

C.I.F.N. G 27128464



PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

AND-35

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Sra Belen Castillo Moreno

FECHA DE NACIMIENTO: 29-04-78

TELÉFONO: 696 054673

EMAIL: anabelencastillo39@gmail.com

DNI: 75126840P

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Francisco Lopez Castillo

DIRECCIÓN: C/1. María Anselme de Soria 20

LOCALIDAD: La Cardenera

PROVINCIA: Jaén CP: 23200

TELÉFONO: ~~13-08-~~

FECHA DE NACIMIENTO: 13-08-2004

DNI: 265248112Q

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión Inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: *Leonor Requena Blangue*

FECHA DE NACIMIENTO: *4-9-62*

TELÉFONO: *617 77 1962*

EMAIL:

DNI: *27494705E*

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: *IVAN Gomez Requena*

DIRECCIÓN: *C/ Espronceda - 7*

LOCALIDAD: *EL PARAÑO*

PROVINCIA: *Almería* CP: *04721*

TELÉFONO: *617 27 7914*

FECHA DE NACIMIENTO: *21-3-1991*

DNI: *75251934M*

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

☒ **SÍ** → *3 MESES*

☐ **NO**

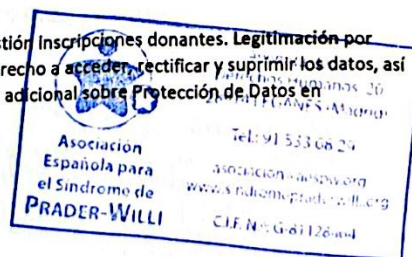
OTROS TRATAMIENTOS:

☐ **SÍ**

☐ **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión Inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la Información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI

FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Encarni Garcia Perez

FECHA DE NACIMIENTO: 1-10-80

TELÉFONO: 607454658

EMAIL: naniegyp@gmail.com

DNI: 31228517-Z

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? ☒ SÍ ☐ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Irene Rubio Garcia

DIRECCIÓN: Iphaleta - 2

LOCALIDAD: Almeria

PROVINCIA: Almeria CP: 04004

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 21-2-91

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

☒ SÍ☐ NO

OTROS TRATAMIENTOS:

☒ SÍ☐ NO

(En caso afirmativo, especificar)



Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión Inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>


PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI
DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

 NOMBRE Y APELLIDOS: *Francisca Martinez Ortega*

 FECHA DE NACIMIENTO: *1958*

 TELÉFONO: *665 237480*

 EMAIL: *olmo.pp@gmail.com*

 DNI: *24149075-H*

 ¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

 NOMBRE Y APELLIDOS: *Cristina Olmo Martinez*

 DIRECCIÓN: *C/ Rey Abu David - 1-4º A*

 LOCALIDAD: *Granada*

 PROVINCIA: *Granada* CP:

 TELÉFONO: *958136381*

 FECHA DE NACIMIENTO: *12-5-1993*

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

☒ **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS:

☐ **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en: <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

AND - 044

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Luisa Gstevez Fernandez

FECHA DE NACIMIENTO: 21-07-76

TELÉFONO: 667 69 77 29

EMAIL: luisaestevez76@icloud.com

DNI: 74717549-W

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**
(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Antonio Garrido Gstevez

DIRECCIÓN: Fraternidad 1

LOCALIDAD: Leganés

PROVINCIA Madrid CP: 28914

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 16-01-2003

DNI: 75944025-P

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

SÍ

NO

OTROS TRATAMIENTOS:

SÍ

NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>



Asociación
Española para
el Síndrome de
PRADER-WILLI

Avenida de los
Derechos Humanos, 20
28914 LEGANÉS (Madrid)
Tel: 91 533 68 24
asociacion-aespw.org
www.sindromepnaderwilli.org
CIF: N.º G 87128464


PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI
DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

 NOMBRE Y APELLIDOS: LUISA FERNANDEZ FERNANDEZ

 FECHA DE NACIMIENTO: 16-6-67

 TELÉFONO: 661160121

EMAIL:

 DNI: 74633005X

 ¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

 NOMBRE Y APELLIDOS: JONATHAN MENDOZA FERNANDEZ

 DIRECCIÓN: C/ ALFACAR - 49

 LOCALIDAD: ATARFE

 PROVINCIA: GRANADA CP: 18230

TELÉFONO:

 FECHA DE NACIMIENTO: 15-7-91

 DNI: 75139948-Y

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

SÍ

☒ NO

OTROS TRATAMIENTOS:

SÍ

☒ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

AND-49

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: **José Antón Sánchez**

FECHA DE NACIMIENTO: **08-05-1954**

TELÉFONO: **681055144**

EMAIL:

DNI: **24859194-N**

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: **Antonio Antón Rodríguez**

DIRECCIÓN: **C/11. Alta 14**

LOCALIDAD: **Almogía**

PROVINCIA: **Huelva** CP:

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: **05-04-1985**

DNI: **268001503-V**

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

SÍ

NO

OTROS TRATAMIENTOS:

SÍ

NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la Información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>



Asociación
Española para
el Síndrome de
PRADER-WILLI

Avenida de los
Derechos Humanos, 26
28914 LEGANES (Madrid)

Tel: 91 533 68 29

asociacion@aespw.org
www.sindromepnaderwilli.org

CIF: N-16.811.284-4



PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

AND - 53

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: **Raia Teresa Torres Barlanga**
FECHA DE NACIMIENTO: **29-03-64**
TELÉFONO: **649 642309**
EMAIL: **mtorber@hotmail.com**
DNI: **27331572 M**

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ NO**
(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: **Ruben Verdugo Torres**
DIRECCIÓN: **C/11. San Pedro 8**
LOCALIDAD: **Ronda** PROVINCIA: **Málaga** CP: _____
TELÉFONO: _____
FECHA DE NACIMIENTO: **23-07-2003**
DNI: **25814630.T**
DIAGNÓSTICO: _____

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética): _____

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>



Asociación Española para el Síndrome de PRADER-WILLI

Avenida de los Derechos Humanos, 26
28914 LEGANES (Madrid)
Tel: 91 532 68 29
asociacion@aespw.org
www.sindromepnaderwilli.org
CIF: N-6381128464



PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: LOLA ALVAREZ

FECHA DE NACIMIENTO: 1-7-60

TELÉFONO: 653 977446

EMAIL: LOLAALVAREZ CAMACHO@hotmail.com

DNI: 25045153-Q

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: PEDRO PACHECO ALVAREZ

DIRECCIÓN: C/ ANCHA - 26

LOCALIDAD: FUENTE PIEDRA

PROVINCIA: MALAGA CP: 29250

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 11-7-2000

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

☒ SÍ

☐ NO

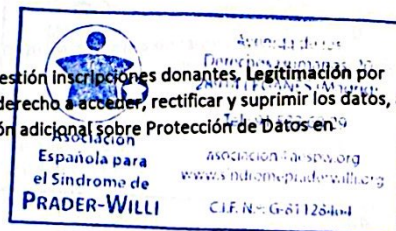
OTROS TRATAMIENTOS:

☒ SÍ

☐ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión Inscripciones donantes, Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en: <https://aespw.org/politica-de-privacidad>




PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI
DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:
NOMBRE Y APELLIDOS: Ana Bananco Lagos

FECHA DE NACIMIENTO: 6-7-1972

TELÉFONO: 627692788

EMAIL:
DNI: 25333352 W

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:
NOMBRE:
FECHA DE NACIMIENTO:
NOMBRE:
FECHA DE NACIMIENTO:
DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:
NOMBRE Y APELLIDOS: Pedro Gomez Bananco

DIRECCIÓN: C/ Nueva -

LOCALIDAD: Antequera

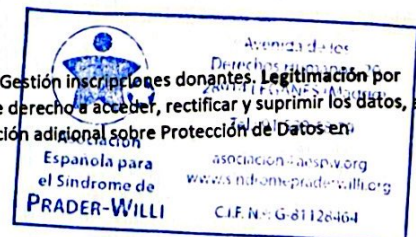
PROVINCIA: Málaga **CP:** 29200

TELÉFONO:
FECHA DE NACIMIENTO: 31-8-1999

DNI:
DIAGNÓSTICO:
DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):
HOSPITAL:
TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO** ☒
OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO** ☐

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en: <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

AND-058

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO:

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: MARTIN ISABEL

DIRECCIÓN: c/ CRUZ ROJA ESPAÑOLA 11, 3º A

LOCALIDAD: CADIZ PROVINCIA: CADIZ CP: 11009

TELÉFONO: 956275757

FECHA DE NACIMIENTO:

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>



Asociación
Española para
el Síndrome de
PRADER-WILLI

Avenida de los
Derechos Humanos, 20
28914 LEGANES (Madrid)

Tel: 91 533 68 29

asociacion@aespw.org
www.sindromepnaderwilli.org

C.I.F. N.º G-81128464



PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

AND-059

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO:

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? SÍ NO
(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: GARCIA PALOMINO SERGIO

DIRECCIÓN: c/ COOPERATIVA 9 DUPLICADO, 3º D

LOCALIDAD: CADIZ **PROVINCIA:** CADIZ **CP:** 11007

TELÉFONO: 956260836

FECHA DE NACIMIENTO:

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: SÍ NO

OTROS TRATAMIENTOS: SÍ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, **Finalidad** Gestión inscripciones donantes. **Legitimación** por relación contractual. **Destinatarios** No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal **Derechos** Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional **Ubicación** Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>



Asociación Española para el Síndrome de PRADER-WILLI

Avenida de los Derechos Humanos, 20
28914 LEGANES (Madrid)
Tel: 91 533 68 29
asociacion@aespw.org
www.sindromepraderwilli.org
C.I.F. N.º G-81128464



PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

AND - 60

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Ana María Izquierdo

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 686175646

EMAIL:

DNI: 12747809-J

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? SÍ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Ana Rodríguez Izquierdo

DIRECCIÓN: Avda. Sevilla 13, 2, 4ª Izq.

LOCALIDAD: Dole

PROVINCIA: Gdiz CP: 11520

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO:

DNI: 53587128-A

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

SÍ NO

OTROS TRATAMIENTOS:

SÍ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión Inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>


Asociación Española para el Síndrome de PRADER-WILLI
Avenida de los Derechos Humanos, 29
28014 LFGANÉS (Madrid)
Tel: 91 533 68 29
asociacion@aespw.org
www.sindromepnaderwilli.org
CIF: N-16.811.284-4


PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI
DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:
NOMBRE Y APELLIDOS: LOLA BUENO

FECHA DE NACIMIENTO:
TELÉFONO:
EMAIL:
DNI: 75905669-B

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? SÍ NO
 (en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:
NOMBRE:
FECHA DE NACIMIENTO:
NOMBRE:
FECHA DE NACIMIENTO:
DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:
NOMBRE Y APELLIDOS: ALEJANDRO CRUZ BUENO

DIRECCIÓN:
LOCALIDAD:
PROVINCIA:
CP:
TELÉFONO:
FECHA DE NACIMIENTO:
DNI:
DIAGNÓSTICO:
DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):
HOSPITAL:
TRATAMIENTO GH: SÍ NO

OTROS TRATAMIENTOS: SÍ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, **Finalidad** Gestión Inscripciones donantes. **Legitimación** por relación contractual. **Destinatarios** No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal **Derechos** Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional **Ubicación** Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: *Nieves Rodriguez Rodriguez*

FECHA DE NACIMIENTO: *15-12-1973*

TELÉFONO: *656.465472*

EMAIL: *nievesrquez@hotmail.com*

DNI: *38.851.843-N*

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: *Clara Jiménez Rodríguez*

DIRECCIÓN: *C/ Adelfa - 1 - Ex. 1-4º A*

LOCALIDAD: *Granada*

PROVINCIA: *Granada* CP: *18006*

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: *1-12-2005*

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

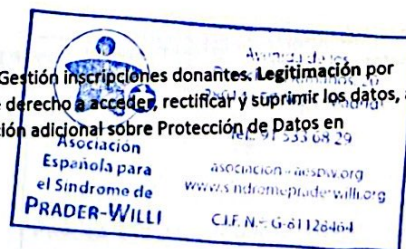
☒ **SÍ** ☐ **NO**

OTROS TRATAMIENTOS:

☐ **SÍ** ☐ **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>




PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI
DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Ana Belén Castillo Moreno

FECHA DE NACIMIENTO: 29/04/1978

TELÉFONO: 696 05 46 73

EMAIL:

DNI: 75126840-P

 ¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? ☐ SÍ ☒ NO
 (en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Francisco López Castillo

 DIRECCIÓN: M^a Amalia de Sajonia, 20

LOCALIDAD: La Carolina

PROVINCIA: Jaén CP: 23200

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 13/08/04

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

☒ SÍ ☐ NO

OTROS TRATAMIENTOS:

☐ SÍ ☒ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politicadeprivacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

AND-74

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: **Raúl Jesús Martín Romero**

FECHA DE NACIMIENTO: **5/01/69**

TELÉFONO: **606613870**

EMAIL: **maromartin69@gmail.com**

DNI: **25583454W**

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: **Irene Sánchez Martín**

DIRECCIÓN: **C/1. Argentea 22**

LOCALIDAD: **Trilaga**

PROVINCIA:

CP:

TELÉFONO: .

FECHA DE NACIMIENTO: **16/10/2006**

DNI: **77671748N**

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión Inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>



Asociación
Española para
el Síndrome de
PRADER-WILLI

Derechos Humanos, 26
28914 LEGANES (Madrid)
Tel: 91 533 68 29
asociacion@aespw.org
www.sindromeprader-willi.org
C.I.F.N.: G-81128504



PRADER-WILLI

FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:NOMBRE Y APELLIDOS: M^{re} Dolores Berdugo Bernal

FECHA DE NACIMIENTO: 23/03/1969

TELÉFONO: 647-186894

EMAIL: elgb1@hotmail.com

DNI: 52330819-T

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? ☒ SÍ ☐ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Brian Galán Berdugo

DIRECCIÓN: avda. Felix Rodriguez de la Fuente n=20-A

LOCALIDAD: Chipiona

PROVINCIA: Cádiz CP: 11550

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 21/03/2005

DNI:

DIAGNÓSTICO:DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):HOSPITAL:TRATAMIENTO GH:☒ SÍ

NO

OTROS TRATAMIENTOS:☐ SÍ

NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>




PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI
DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:
NOMBRE Y APELLIDOS: LETICIA LOPEZ RODRÍGUEZ

FECHA DE NACIMIENTO: 10-11-1976

TELÉFONO: 615 015 952

EMAIL: leticia.c.ln@hotmail.com

DNI: 52 697 553 - E

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? SÍ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:
NOMBRE:
FECHA DE NACIMIENTO:
NOMBRE:
FECHA DE NACIMIENTO:
DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:
NOMBRE Y APELLIDOS: ALEJANDRO GARCÍA LÓPEZ

DIRECCIÓN: C/ TOLEDO - 2 - 4ª A

LOCALIDAD: MAIRENA DE ALSARAFE **PROVINCIA:** SEVILLA **CP:** 41922

TELÉFONO:
FECHA DE NACIMIENTO: 15-6-2009

DNI:
DIAGNÓSTICO:
DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):
HOSPITAL:
TRATAMIENTO GH:

SÍ

NO

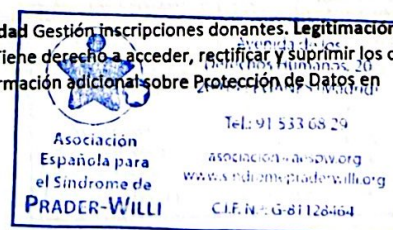
OTROS TRATAMIENTOS:

SÍ

NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: *Maria Moreno Cabrera*

FECHA DE NACIMIENTO: *07/01/62*

TELÉFONO: *652 048661*

EMAIL:

DNI: *25.701.650 R*

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: *Elena Ariza Moreno*

DIRECCIÓN: *C/ Blanquez -16*

LOCALIDAD: *Chumiana*

PROVINCIA: *Malaga* CP:

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: *19/03/1994*

DNI: *77196752 N*

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

☒ SÍ ☐ NO

OTROS TRATAMIENTOS:

☐ SÍ ☐ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la Información adicional sobre Protección de Datos en: <https://aespw.org/politica-de-privacidad>




PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI
DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

 NOMBRE Y APELLIDOS: **NURIA WALLS FERNÁNDEZ**

 FECHA DE NACIMIENTO: **13-02-1969**

 TELÉFONO: **677 44 13 82**

EMAIL:

 DNI: **28 725001 W**

 ¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**
 (en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

 NOMBRE Y APELLIDOS: **FABIÁN MUERO WALLS**

 DIRECCIÓN: **E/F LOR DE PORCELANA - 3-2º B**

 LOCALIDAD: **SEVILLA**

 PROVINCIA: **SEVILLA** CP: **41020**

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO:

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

☒ **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS:

☐ **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

AND-84

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Nuria Walls Fernandez

FECHA DE NACIMIENTO: 13-02-69

TELÉFONO: 677441382

EMAIL: nuriaxwallsfernandez@gmail.com

DNI: 28725001-W

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNÓFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? ☐ SÍ ☒ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Fabian Mulero Walls

DIRECCIÓN: C/1. Fbr de Porolana, 3, 2º B

LOCALIDAD: Sevilla

PROVINCIA:

CP:

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 16-10-2004

DNI: 29533101C

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: ☐ SÍ ☒ NO

OTROS TRATAMIENTOS: ☐ SÍ ☒ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión Inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

ΔND -86

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: 12ª Teresa Sanja González

FECHA DE NACIMIENTO: 23/02/72

TELÉFONO: 630174650

EMAIL: maiterasg@gmail.com

DNI: 27340225X

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Sergio Navarro Sanja

DIRECCIÓN: C/1. de las 13 Rosas 1-Bj A

LOCALIDAD: Tomares

PROVINCIA: Sevilla CP: 41300

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 30/03/2012

DNI: 29552789C

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la Información adicional. Ubicación Puede consultar la Información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

AND - 87

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Ana Vanessa Roldonado Bermudez

FECHA DE NACIMIENTO: 24-11-83

TELÉFONO: 699 864749

EMAIL: anavanesam83@hotmail.com

DNI: 14625694-V

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? SÍ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Jose Luis Rodriguez Roldonado

DIRECCIÓN: C/1. Vitalarmosa, 7

LOCALIDAD: Loja

PROVINCIA: Jaén CP: 18300

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 13-07-2012

DNI: 78006706-K

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

☒ SÍ ☐ NO

OTROS TRATAMIENTOS:

☒ SÍ ☐ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión Inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la Información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

AND-88

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: David Martín Rodríguez

FECHA DE NACIMIENTO: 8-09-76

TELÉFONO: 647409416

EMAIL: david-marti@hdmail.com

DNI: 74644750K

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? ☒ SÍ ☐ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: David Guerrero Martín

DIRECCIÓN: C/1. Peridita Miguel González

LOCALIDAD: Talavera

PROVINCIA: Jaén CP: 18014

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 23-03-2003

DNI: 78152468D

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: ☒ SÍ ☐ NO

OTROS TRATAMIENTOS: ☒ SÍ ☐ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión Inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la Información adicional Ubicación Puede consultar la Información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

AND - 91

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Ana Ra Gabin González

FECHA DE NACIMIENTO: 8-06-67

TELÉFONO: 655834930

EMAIL:

DNI: 27523056Z

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? ☒ SÍ ☐ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Sr. Jesús Fernando Gabin

DIRECCIÓN: Camino Benavente 24, 4º 1

LOCALIDAD: Almería

PROVINCIA:

CP: 04007

TELÉFONO: .

FECHA DE NACIMIENTO: 30-06-2009

DNI: 77438677-T

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

☒ SÍ ☐ NO

OTROS TRATAMIENTOS:

☐ SÍ ☐ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>



Asociación
Española para
el Síndrome de
PRADER-WILLI

Avenida de los
Derechos Humanos, 20
28014 LEGANES (Madrid)

Tel: 91 533 68 29

asociacion@aespw.org
www.sindromepnaderwilli.org

C.I.F.Nº G-81128403



PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

AND - 92

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Nora Petrova

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 690651744

EMAIL: nora.petrova81@gmail.com

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? SÍ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Nicole Rotea Petrova

DIRECCIÓN: Avda. Francia 10, Pk 1 Bº Dcha

LOCALIDAD: Las Lagunas - Tigris

PROVINCIA: Zaragoza CP: 22651

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO:

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: SÍ NO

OTROS TRATAMIENTOS: SÍ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión Inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la Información adicional. Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>



Asociación
Española para
el Síndrome de
PRADER-WILLI

Avenida de los
Derechos Humanos, 26
28914 I FGAÑÉS (Madrid)

Tel: 91 533 68 29

asociacion@aespw.org
www.sindromepnaderwilli.org

C.I.F. N.º: G-81128464



PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

AND-92

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS:

Pepe Díaz

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 619 049 361

EMAIL: pepediaz@quickwhite.es

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? ☒ SÍ ☐ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS:

Adam Díaz Ruiz

DIRECCIÓN:

C/11. brigantes 6, 4ºB

LOCALIDAD:

Valencia

PROVINCIA:

CP: 29010

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO:

11-10-2022

DNI:

04319730-P

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

☒ SÍ

☐ NO

OTROS TRATAMIENTOS:

☒ SÍ

☐ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

ΔND - 94

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS:

Susana Gómez González

FECHA DE NACIMIENTO:

26-07-76

TELÉFONO:

608976818

EMAIL:

DNI:

44962179-P

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS:

Alejandro José Gómez

DIRECCIÓN:

Ave. 14 de Abril 28

LOCALIDAD:

Puerto Real

PROVINCIA:

Cádiz

CP:

11510

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO:

11/01/2015

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

SÍ

NO

OTROS TRATAMIENTOS:

SÍ

NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión Inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la Información adicional Ubicación Puede consultar la Información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI

FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 9.74-21-28-73

EMAIL: juancar 75 @ msn. com

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? ☒ SÍ ☐ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Carlos Rodríguez Tomas

DIRECCIÓN: corona de Aragón - 1- 2º C

LOCALIDAD: Huesca.

PROVINCIA: Huesca CP: 22005

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 13-09-2008

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

☒ SÍ ☐ NO

OTROS TRATAMIENTOS:

☒ SÍ ☐ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión Inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la Información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>




PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI
DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:
NOMBRE Y APELLIDOS:
FECHA DE NACIMIENTO:
TELÉFONO: 607.235.050

EMAIL: Zumacalvo 09 @ gmail. com

DNI:
¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? SÍ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:
NOMBRE:
FECHA DE NACIMIENTO:
NOMBRE:
FECHA DE NACIMIENTO:
DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:
NOMBRE Y APELLIDOS: Ricardo Sanz Calvo

DIRECCIÓN: Privilegio de la Unión - 58-1º Esc. 4º

LOCALIDAD:
PROVINCIA:
CP:
TELÉFONO:
FECHA DE NACIMIENTO: 24/03/1988

DNI:
DIAGNÓSTICO:
DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):
HOSPITAL:
TRATAMIENTO GH:
☒

NO

OTROS TRATAMIENTOS:
☐

NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, **Finalidad** Gestión Inscripciones donantes, **Legitimación** por relación contractual, **Destinatarios** No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal **Derechos** Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional **Ubicación** Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

ARG-009

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO:

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ NO**
(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: CEREZO COLLADO ANA

DIRECCIÓN: c/ ACADEMIA GENERAL I MILITAR 53,

LOCALIDAD: ZARAGOZA PROVINCIA: ZARAGOZA CP: 50015

TELÉFONO: 976524333

FECHA DE NACIMIENTO:

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

ARG-011

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 976-615-385

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: M^º Jesús Sebastian Francis

DIRECCIÓN: C/avelardo Algora - 7

LOCALIDAD:

PROVINCIA:

CP:

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO:

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión Inscripciones donantes, Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

ARG-012

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Silma

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 650817022

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ NO**
(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: RIPO MEDINA ALEX

DIRECCIÓN: c/ INFANTE FELIPE II 11 A,

LOCALIDAD: EPILA PROVINCIA: ZARAGOZA CP: 50290

TELÉFONO: 976524333

FECHA DE NACIMIENTO:

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>



Avenida de los
Derechos Humanos, 26
28914 LEGANES (Madrid)

Tel: 91 533 68 24

asociacion@aespw.org
www.sindromepnaderwilli.org

C.I.F. N.º G 81128464



PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

ARG-013

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Maria José Modrego Robledo

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO:

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ NO**
(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: TUNDIDOR MODREGO CLAUDIA

DIRECCIÓN: c/ PABLO RUIZ PICASSO 16, 6º E

LOCALIDAD: ZARAGOZA

PROVINCIA: ZARAGOZA

CP: 50018

TELÉFONO: 976466879

FECHA DE NACIMIENTO: 28/01/2002

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politicadeprivacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

ARG-014

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Gema Mohedano Barraján

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 649033647

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ NO**
(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: BUENDIA MOHEDANO LAURA

DIRECCIÓN: c/ CATALUÑA 229, 9 2ª

LOCALIDAD: ZARAGOZA

PROVINCIA: ZARAGOZA

CP: 50014

TELÉFONO: 976285458

FECHA DE NACIMIENTO: 28/01/2005

DNI: 73163305Y

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>



Asociación
Española para
el Síndrome de
PRADER-WILLI

Avenida de los
Derechos Humanos, 20
28914 LEGANES (Madrid)
Tel: 91 533 68 29
asociacion@aespa.org
www.sindromepnaderwilli.org
C.I.F. N.º G-81128464



PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

ARG-015

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 616 32 6015

EMAIL: evabagueramartin@gmail.com

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? ☒ SÍ ☐ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Alejandro Pérez Baguena

DIRECCIÓN: Santa Nuvila - 23-6ª A

LOCALIDAD:

PROVINCIA: Zaragoza CP: 50016

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 09/06/2003

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

☒ SÍ

☐ NO

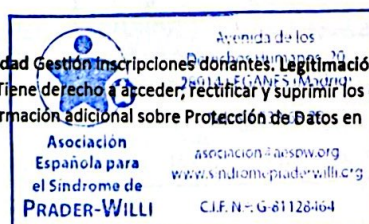
OTROS TRATAMIENTOS:

☒ SÍ

☐ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión Inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

ARG-018

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Nuria Diaz Olviz

FECHA DE NACIMIENTO: 26-8-1967

TELÉFONO: 656 31 98 01

EMAIL: ndolviz@hotmail.com

DNI: 50829038

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Nicolas Arin Diaz

DIRECCIÓN: C/ Bellas Artes - 4 Casa 34A

LOCALIDAD:

PROVINCIA: Zaragoza CP: 50012

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 09/09/2010

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

☒ SÍ

☐ NO

OTROS TRATAMIENTOS:

☒ SÍ

☐ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la Información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

ARG-020

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Elena Soldevilla Jimeno

FECHA DE NACIMIENTO: 7-9-60

TELÉFONO: 696652486

EMAIL: elenasoldevilla60@gmail.com

DNI: 22716304-D

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? ☒ SÍ ☐ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Marina Pelliver Soldevilla

DIRECCIÓN: Canton Sabonera - 8 - casa B

LOCALIDAD: Alcañiz

PROVINCIA: TERUEL CP: 44600

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 11-11-2000

DNI: 77224629J

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

☒ SÍ

☐ NO

OTROS TRATAMIENTOS:

☒ SÍ

☐ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión Inscripciones. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

ARG-21

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: CRISTINA CASANOVA PINILLA

FECHA DE NACIMIENTO: 07/03/78

TELÉFONO: 696 04 8452

EMAIL: cris_casanova@yahoo.es

DNI: 25482493-B

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? ☐ SÍ ☒ NO
(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: SERGI LATORRE CASANOVA

DIRECCIÓN: C/ PEDRO IV N° 7 - 1º DCHA

LOCALIDAD: ZARAGOZA

PROVINCIA: ZARAGOZA CP: 50009

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 15-11-2011

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: ☒ SÍ ☐ NO

OTROS TRATAMIENTOS: ☐ SÍ ☒ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en: <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

AST-001

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 616 375 738

EMAIL: joscuespo@fema.com

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? ☒ SÍ ☐ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: DIEGO CRESPO DIAZ

DIRECCIÓN: C/ RAFAEL FERNÁNDEZ 2-6º C

LOCALIDAD: OVIEDO

PROVINCIA: ASTURIAS CP: 33008

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 02/03/1991

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

☒ SÍ ☐ NO

OTROS TRATAMIENTOS:

☒ SÍ ☐ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

AST-003

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 985368412

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? SÍ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Silvia Oveda García

DIRECCIÓN: Avelino González Mollada 37-4º

LOCALIDAD: Gijón

PROVINCIA: Asturias CP: 33204

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 28/03/1979

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

SÍ ☒ NO

OTROS TRATAMIENTOS:

SÍ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión Inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

AST-005

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 985396815

EMAIL: *E. mandani1968@hotmail.com*

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: *Daniel Rodríguez Iglesias*

DIRECCIÓN: *avda. Salvador Allende - 20-1º B*

LOCALIDAD: *Gijón*

PROVINCIA: *Asturias* CP: *33211*

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: *26-11-2005*

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

☒ SÍ ☐ NO

OTROS TRATAMIENTOS:

☐ SÍ ☐ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes, Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la Información adicional Ubicación Puede consultar la Información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

AST-009

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Ana M^a Gonzalez Henaro

FECHA DE NACIMIENTO: 12/03/1972

TELÉFONO: 669 77 92 66

EMAIL: anamagh@hotmail.es

DNI: 11077642E

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? ☒ SÍ ☐ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Alejandro Pizano Gonzalez

DIRECCIÓN: C/ Deyano n^o 7 - Entresuelo B

LOCALIDAD: Mieres

PROVINCIA: Asturias CP: 33600

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 04-04-2014

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

☒ SÍ ☐ NO

OTROS TRATAMIENTOS:

☒ SÍ ☐ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

AST-010

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: *Hilda Gonzalez Gutierrez*
FECHA DE NACIMIENTO: *16-1-1986*
TELÉFONO: *620354067*
EMAIL: *hilda_ggv@hotmail.com*
DNI: *53558048 H*

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**
(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: *Sulia Calleja Gonzalez*
DIRECCIÓN: *Auda. Rovers n°11-4º 2 H*
LOCALIDAD: *Gijón* PROVINCIA: *Asturias* CP: *33209*
TELÉFONO: _____
FECHA DE NACIMIENTO: *9/12/2014*
DNI: *58463891 F*

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: ☒ **SÍ** ☐ **NO**

OTROS TRATAMIENTOS: ☐ **SÍ** ☐ **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en: <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI

FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

AST-011

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Pilar Valle Prado

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 620542908

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: GARCIA VALLE JULIA

DIRECCIÓN: c/ Concejo de casón. nº 2, 5º, 3º D

LOCALIDAD: GIJON PROVINCIA: ASTURIAS CP: 22304

TELÉFONO: 616614806

FECHA DE NACIMIENTO: 18/12/2013

DNI: 5840753C

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politicadeprivacidad>



Asociación
Española para
el Síndrome de
PRADER-WILLI

Avenida de los
Derechos Humanos, 20
28914 LEGANES (Madrid)
Tel: 91 537 68 29
asociacion@aespw.org
www.sindromepraderwilli.org
C.I.F. N.º G 21128441



PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

BAL - 001

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 689 049 757

EMAIL: mameletay@hotmail.com

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: ALVARO JIMÉNEZ VILLENA

DIRECCIÓN: C/ Apartamentos Lora - 101

LOCALIDAD: Santa Eulalia

PROVINCIA: Ibiza CP: 07840

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 10/07/1994

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

BAL-003

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 656 654 990

EMAIL: bingot2005@hotmail.com

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Patricia Rodríguez Pedersen

DIRECCIÓN: Cami San Tolls 33 - Brc. 3 - 1º 129.

LOCALIDAD:

PROVINCIA:

CP:

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 14/12/1985

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

SÍ

NO

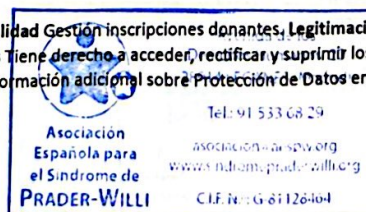
OTROS TRATAMIENTOS:

SÍ

NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes, Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI

FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

C.MAN-001

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: María Elena Alonso García

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 670328218

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**
(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: RODRIGUEZ ALONSO ALEJANDRO

DIRECCIÓN: c/ RIO BOLADIEZ 23, BJ D

LOCALIDAD: TOLEDO

PROVINCIA:

TOLEDO

CP: 45007

TELÉFONO: 925240835

FECHA DE NACIMIENTO: 12/04/1994

DNI: 03916394T

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

SÍ

NO

OTROS TRATAMIENTOS:

SÍ

NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>



Asociación
Española para
el Síndrome de
PRADER-WILLI

Avenida de los
Derechos Humanos, 26,
28914 LEGANES (Madrid)
Tel: 91 533 68 24
asociacion@aespw.org
www.sindromepdr-will.org
C.I.F.N.: G-81128404



PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

C.MAN-006

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 645195139

EMAIL: ameliabarazon@hotmail.com

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? SÍ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Aurora González Barazón

DIRECCIÓN: C/ Goya - 10

LOCALIDAD: Azuquena de Henares

PROVINCIA: Guadalajara CP: 19000

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 24/09/1980

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: SÍ NO

OTROS TRATAMIENTOS: SÍ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

C. MAN - 007

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 617 174 045

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**
(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Adrián Lariba Monte

DIRECCIÓN: Fernández Ipanaguine - 15-1º C

LOCALIDAD: Guadalajara PROVINCIA: Guadalajara CP: 19001

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 19/03/1993

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

SÍ NO

OTROS TRATAMIENTOS:

SÍ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politicadeprivacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

CMAN-008

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: ANA ALCAHUT MORENO

FECHA DE NACIMIENTO: 4/02/1972

TELÉFONO: 636174897

EMAIL: amc.alcahut@hotmail.com

DNI: 4706497-T

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**
(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: NURIA MUÑOZ ALCAHUT

DIRECCIÓN: C/ LÉRIDA - 46 - 1º E

LOCALIDAD: ALBACETE

PROVINCIA: ALBACETE CP: 02006

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 30-7-98

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

☒ SÍ ☐ NO

OTROS TRATAMIENTOS:

☐ SÍ ☐ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

C. MAN - 009

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 610 239 186

EMAIL: luisjimenaz@gmail.com

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? SÍ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Anna Jiménez Jiménez

DIRECCIÓN: C/ San Francisco - 19

LOCALIDAD:

PROVINCIA:

CP:

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 24-05-1996

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

☒ SÍ

NO

OTROS TRATAMIENTOS:

☐ SÍ

NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión Inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

C-MAN-011

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: ISABEL ARMINIO LORENTE

FECHA DE NACIMIENTO: 6/08/1974

TELÉFONO: 607490676

EMAIL: amario.martin@telefonica.net

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? SÍ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: INÉS MARTÍN ARMINIO

DIRECCIÓN: C/ Gargola - 19

LOCALIDAD: SESEÑA

PROVINCIA: TOLEDO CP: 45223

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 26/06/2009

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: SÍ NO

OTROS TRATAMIENTOS: SÍ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la Información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

C. MAN-017

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: PATRICIA MORATILLA CECADA

FECHA DE NACIMIENTO: 17/11/1976

TELÉFONO: 607751774

EMAIL: patricia@moratilla.es

DNI: 03114311-L

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**
(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: ALVARO TARANILLA MORATILLA

DIRECCIÓN: C/ BULEVAR DEL ALTO TAJU-278-1C

LOCALIDAD: GUADALAJARA

PROVINCIA: GUADALAJARA P. 19005

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 11/05/2011

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

SÍ

☒ NO

OTROS TRATAMIENTOS:

SÍ

NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

C.MAN-018

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: María Isabel Quiñones

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 600082322

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: ORTEGA ROMÁN QUIÑONES, LAURA

DIRECCIÓN: c/ BUEN SUCESO 38, BJ

LOCALIDAD: ALMANSA PROVINCIA: ALBACETE CP: 02640

TELÉFONO: 600082322

FECHA DE NACIMIENTO: 29/01/1998

DNI: 47446882K

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

C.MAN-019

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO:

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: CASTILLO AITOR

DIRECCIÓN: c/ PLAZA ITALIA 6.

LOCALIDAD: ALCAZAR DE SAN JUAN PROVINCIA: CIUDAD REAL CP: 13600

TELÉFONO: 626019269

FECHA DE NACIMIENTO:

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>



Asociación
Española para
el Síndrome de
PRADER-WILLI

Avenida de los
Derechos Humanos, 26
28914 LEGANES (Madrid)

Tel: 91 533 68 29

asociacion@aespw.org
www.sindrome-praderwilli.org

C.I.F. N.º G-81128494



PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

C-MAN-026

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: GLORIA HERREROS GARCIA

FECHA DE NACIMIENTO: 25-10-1976

TELÉFONO: 675 58 08 41

EMAIL:

DNI: 44397678-L

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? SÍ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: ALEJANDRO ORTEGA HERREROS

DIRECCIÓN: C/ JOSE CARBASAL - 24-5º B

LOCALIDAD: ALBACETE

PROVINCIA: ALBACETE CP: 02008

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 27-2-2008

DNI: 49311076-L

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

SÍ

☒ NO

OTROS TRATAMIENTOS:

SÍ

NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión Inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

CHAN-021

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: JOSE IMEDIO PIÑA

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 651 889 177

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? SÍ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Lucia Imedio Jimenez

DIRECCIÓN: C/ Dali 13

LOCALIDAD: Carrion De Calatrava

PROVINCIA: Ciudad Real CP: 13150

TELÉFONO: 659 171 685

FECHA DE NACIMIENTO: 19/11/2010

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: SÍ NO

OTROS TRATAMIENTOS: SÍ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la Información adicional Ubicación Puede consultar la Información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

C-MAN-022

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: DAVINIA GARAY MORAL

FECHA DE NACIMIENTO: 25/07/1983

TELÉFONO: 635033234

EMAIL: Davinia.garay@gmail.com

DNI: 0461.3882J

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? SÍ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: ELENA MARTINEZ GARAY

DIRECCIÓN: C/ ALAMIN 4B-1ªA

LOCALIDAD: GUADALAJARA

PROVINCIA: GUADALAJARA CP: 47005

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 19/01/2018

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: SÍ NO

OTROS TRATAMIENTOS: SÍ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión Inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

C. MAN - 023

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Teresa alonso gomez

FECHA DE NACIMIENTO: 30/09/1979

TELÉFONO: 617362099

EMAIL: teresagmz@hotmail.com

DNI: 03616165X

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Gonzalo Morales Alonso

DIRECCIÓN: Bulvar Alto Tajo - 23 - Patal 1 - 1º H

LOCALIDAD: Guadalajara

PROVINCIA: Guadalajara CP: 19005

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 27/06/2019

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politicadeprivacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

C.MAN-025

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Mayte Rodriguez Sanabria Gil

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 615471544

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: FEDERICO SACEDA RODRIGUEZ

DIRECCIÓN: C/VIRGEN DE CASTEJON,25

LOCALIDAD: GUADALAJARA PROVINCIA: GUADALAJARA CP: 19005

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 05/08/2008

DNI: 003219467L

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>



Asociación
Española para
el Síndrome de
PRADER-WILLI

Avenida de los
Derechos Humanos, 20
28914 LEGANES (Madrid)
Tel: 91 533 68 29
asociacion.aespw.org
www.sindromepnaderwilli.org
C.I.F. N.º: G-81128464



PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

C.MAN-026

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Angele Javier Losa

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 616491313

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: GIL LOSA, MATEO

DIRECCIÓN: Av/ Eleazar Huerta 32

LOCALIDAD: ALBACETE PROVINCIA: ALBACETE CP: 02008

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 17/02/2015

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

C.MAN-027

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Salvador Treiño Gallejo

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 649505966

EMAIL:

DNI: 1 SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? SÍ NO

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Daniel Treiño Padilla

DIRECCIÓN: C/General 84

LOCALIDAD: Tomelloso

PROVINCIA: Ciudad Real

CP: 13700

TELÉFONO: 649505966

FECHA DE NACIMIENTO: 20/2/2000

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

CANR-001

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Marta Marquardt

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 651551775

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: MARQUORDT LORENA

DIRECCIÓN: c/ SAN RAFAEL 26, PORTAL E, 3º A

LOCALIDAD: PUERTO DE LA CRUZ **PROVINCIA:** SANTA CRUZ **CP:** 38400

TELÉFONO: 922927944

FECHA DE NACIMIENTO: 20/10/1990

DNI: C4WGNV46F

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>



Asociación Española para el Síndrome de PRADER-WILLI

Avenida de los
Derechos Humanos, 20
28914 LEGANES (Madrid)

Tel: 91 533 68 29

asociacion@aespw.org
www.sindromepraderwilli.org

C.I.F. N.º: G-81128464



PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

CANR-003

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 636 101 787

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Raul Castillo Pérez

DIRECCIÓN: C/ Olimpia - 21

LOCALIDAD: El Sanizal - Tenerife

PROVINCIA: Sta Cruz de Tenerife CP: 38360

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 26/03/2004

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

☒ SÍ ☐ NO

OTROS TRATAMIENTOS:

☐ SÍ ☐ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

CANR-003

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 636 101 787

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? ☐ SÍ ☒ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Raul Castillo Pérez

DIRECCIÓN: C/ Olimpia - 21

LOCALIDAD: El Sanizal - Tenerife

PROVINCIA: Sta Cruz de Tenerife CP: 38360

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 26/03/2004

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: ☒ SÍ ☐ NO

OTROS TRATAMIENTOS: ☐ SÍ ☐ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

CANR-007

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Miguel Piñero Gao

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 619803771

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Emma Piñero Díaz

DIRECCIÓN: C/London 1 quitallo del sol

LOCALIDAD: la Matanza de Acentejo

PROVINCIA: Tenerife CP: 38379

TELÉFONO: 62981623

FECHA DE NACIMIENTO:

DNI: 51220262

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

CAN2-008

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Silvia Velázquez Bencomo

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 676666335

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? SÍ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Maia Bot Velázquez

DIRECCIÓN: C/ Mencey Bencharro, 42

LOCALIDAD: Santa Cruz de Tenerife

PROVINCIA: Tenerife CP: 38008

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 16/3/2018

DNI: 42342176g

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: SÍ NO

OTROS TRATAMIENTOS: SÍ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

CANT-001

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 6 75 734 727

EMAIL: miqueta@hotmail.com

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Claudia López García

DIRECCIÓN: C/da Verde 16-esc 1- 3º A

LOCALIDAD: Santoña

PROVINCIA: Cantabria CP: 39740

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 17/07/2007

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

☒ SÍ

NO

OTROS TRATAMIENTOS:

☐ SÍ

NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

CANT-002

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 646 770 918

EMAIL: adeliarsaizpardo@hotmail.com

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: M^a Elena Pasual Saiz-Pardo

DIRECCIÓN: Barrio Rivero - 259 E

LOCALIDAD: Sienapardo

PROVINCIA: Cantabria CP: 39300

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO:

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

☒ SÍ ☐ NO

OTROS TRATAMIENTOS:

☐ SÍ ☐ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

CANT-003

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: *Vanessa Galego Canillo*

FECHA DE NACIMIENTO: *12/12/1979*

TELÉFONO: *651 95 80 88*

EMAIL: *v.galegocanillo@gmail.com*

DNI: *78912540-T*

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: *Paula Alvarez Galego*

DIRECCIÓN: *Avda. Libertad 87 - chalet 39*

LOCALIDAD: *Laredo*

PROVINCIA: *Cantabria* CP: *39770*

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: *5-01-2018*

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO** ☒

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión Inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en 20 28014 LEGANES (Madrid) <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

CAT-003

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Pilar Soler Bertolin

FECHA DE NACIMIENTO: 1-7-50

TELÉFONO: 653 101939

EMAIL:

DNI: 38396800T

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? SÍ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Mamen Nieto Soler

DIRECCIÓN: Ronda Sant Ramon 118-3º-1ª

LOCALIDAD: Sant Boi

PROVINCIA: Barcelona CP:

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 25/12/80

DNI: 38149693-F

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: SÍ NO

OTROS TRATAMIENTOS: SÍ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politicadeprivacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

CAT-007

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 639 326314

EMAIL: *assumpta.mar@gmail.com*

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: *Maria Jella Mán*

DIRECCIÓN: *Plaza Gala Plaudia 11 - ático - 2ª*

LOCALIDAD: *Barcelona*

PROVINCIA: *Barcelona* CP: *08006*

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: *23/05/1991*

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

☒ **SÍ** ☐ **NO**

OTROS TRATAMIENTOS:

☐ **SÍ** ☐ **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

CAT-010

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: ANA RIPOLL

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 646 055 545

EMAIL: amanipoll52@gmail.com

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? SÍ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: EDUARD RUBIO RIPOLL

DIRECCIÓN: Avda. GENERALITAT - 11 - 2º - 2

LOCALIDAD: SANT JUST DESVERN

PROVINCIA: Barcelona CP: 08960

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 19-6-1985

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

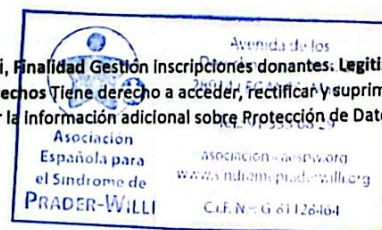
HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: SÍ NO

OTROS TRATAMIENTOS: SÍ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión Inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la Información adicional Ubicación Puede consultar la Información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

CAT-013

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO:

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: MOLDON JURADO ANABEL

DIRECCIÓN: c/ XALOC 6, BJ

LOCALIDAD: GAVA PROVINCIA: BARCELONA CP: 08850

TELÉFONO: 936622914

FECHA DE NACIMIENTO:

DNI: 45791082Z

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>



Avenida de los
Derechos Humanos, 26
28914 LEGANES (Madrid)

Tel: 91 533 68 29

Asociación
Española para
el Síndrome de
PRADER-WILLI

asociacion-aespw.org
www.sindromepraderwilli.org

C.I.F. N.º G-81128464



PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

CAT-015

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 609 333 194

EMAIL: apindep@gmail.com.

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Sergi Peñaranda Llaurado

DIRECCIÓN: C/ Glauca, 4-

LOCALIDAD: Santa Eulalia de R.

PROVINCIA: Barcelona CP: 08187

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 22/05/1987

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

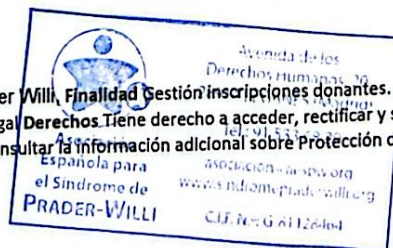
HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi. Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos. Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

CAT-023

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: ROSA FERNÁNDEZ CUCHILLERO

FECHA DE NACIMIENTO: 18/09/1958

TELÉFONO: 650-97-85-04

EMAIL: priosy1@hotmail.com

DNI: 35013641-M

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: ALEJANDRO MUÑOZ FERNÁNDEZ

DIRECCIÓN: PSG M^a CRISTINA N^o 28-BIS

LOCALIDAD: VALLIRANA

PROVINCIA: BARCELONA CP: 08759

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 16/03/1999

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

☒ SÍ

NO

OTROS TRATAMIENTOS:

☐ SÍ

NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

CAT-028

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: ROSA FERREIRO CASTIÑERAS

FECHA DE NACIMIENTO: 14/5/1962

TELÉFONO: 645979693

EMAIL: FERREIRO.ROSA@gmail.com

DNI: 32748302 M

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? SÍ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: JAVIER ESCUDERO FERREIRO

DIRECCIÓN: C/ ANTIBES - 20

LOCALIDAD: TARRAGONA

PROVINCIA: TARAGONA CP: 43007

TELÉFONO: *

FECHA DE NACIMIENTO: 02/06/2000

DNI: 49318162K

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

☒ SÍ NO

OTROS TRATAMIENTOS:

☐ SÍ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la Información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

CAT-030

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Carmen Cardenas Jimenez

FECHA DE NACIMIENTO: 30/11/1965

TELÉFONO: 665 90 33 22

EMAIL: carme.xavier@gmail.com

DNI: 46611750L

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Isabel Erena Cardenas

DIRECCIÓN: Joan Roca i Pinet nº 1-1º 1ª

LOCALIDAD: Girona

PROVINCIA: Girona CP: 17003

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 31/05/2004

DNI: 41591161-P

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

☒ SÍ ☐ NO

OTROS TRATAMIENTOS:

☐ SÍ ☐ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

CAT-032

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Meritxell Arbona Valero

FECHA DE NACIMIENTO: 2-3-1971

TELÉFONO: 600 94 70 64

EMAIL: meritxell.arbona@gmail.com

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? SÍ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Mar Asensio Arbona

DIRECCIÓN: C/ Font Vella - 39 A

LOCALIDAD: Corbera de Llobregat

PROVINCIA: Barcelona CP: 08787

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 2/08/2002

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: SÍ NO

OTROS TRATAMIENTOS: SÍ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

CAT-034

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO:

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: DIAZ CASTRO, MARC

DIRECCIÓN: c/ SARDANA 33.

LOCALIDAD: SAN ESTE SESROVIRES PROVINCIA: BARCELONA CP: 08635

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO:

DNI: 20564014J

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

CAT-035

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Lurdes Bartolome Escrich

FECHA DE NACIMIENTO: 23/05/1960

TELÉFONO: 648872379

EMAIL: lbartolomeescrich@gmail.com

DNI: 39662423 G

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**
(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Anna Puigol Bartolome

DIRECCIÓN: President Tarradellas - 18B

LOCALIDAD: Els Pallaresos

PROVINCIA: Tarragona CP: 43151

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 15-03-2004

DNI: 49423816 J

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

☒ SÍ ☐ NO

OTROS TRATAMIENTOS:

☐ SÍ ☐ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

CAT-036

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Jerry Mendoza

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 602664273

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: ASHLY ACEBEDO MENDOZA

DIRECCIÓN: Passeig Castell i mar 21 piso 1 apt. 3

LOCALIDAD: Castell'daro

PROVINCIA: Girona

CP: 17249

TELÉFONO: 602664273

FECHA DE NACIMIENTO:

DNI: 55147468B

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>



Asociación Española para el Síndrome de PRADER-WILLI

Avenida de los
Derechos Humanos, 26
28914 LEGANES (Madrid)
Tel: 91 533 68 24
asociacion@aespw.org
www.sindromepnaderwilli.org
C.I.F. N.º G-81126464



PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

CL-001

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 680655234

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Eduardo Centeno Sánchez

DIRECCIÓN: C/ La Iglesia - 20 -

LOCALIDAD: Solana de Fuen - La Robla PROVINCIA: León CP: 24648

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 3-10-1993

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la Información adicional. Ubicación Puede consultar la Información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

CL-003

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 630 541 279

EMAIL: oceioy@gmail.com.

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: DARIO GARCIA BLANCO

DIRECCIÓN: LA PALOMERA -32-4º izq.

LOCALIDAD: LEÓN

PROVINCIA: LEÓN

CP: 24007

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 11/05/2001

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

☒ SÍ ☐ NO

OTROS TRATAMIENTOS:

☒ SÍ ☐ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la Información adicional. Ubicación Puede consultar la Información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

CL-008

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO:

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Laura Mussions Zuñiga

DIRECCIÓN: C/ Zuñiga Zediger 19 2º B

LOCALIDAD: Bejar

PROVINCIA: Sevilla CP: 41700

TELÉFONO: 923401127

FECHA DE NACIMIENTO:

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión Inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

CL-010

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO:

EMAIL: *julian.ana7@gmail.com*

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: *Rubén Hernández Delgado*

DIRECCIÓN: *C/ Salamanca - 45B - Portal 5- 3ºA*

LOCALIDAD: *Zamora*

PROVINCIA: *Zamora* CP: *49028*

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: *27-07-1995*

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

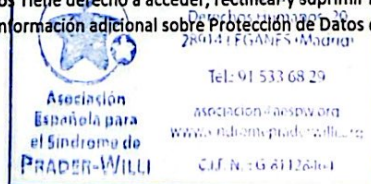
☒ **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS:

SÍ **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión Inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

CL - 013

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 699 346 910

EMAIL: marbernabe@hotmail.com

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? SÍ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Abril Gómez Bernabé

DIRECCIÓN: C/ Fuente la Zanja - N° 23 C

LOCALIDAD: Amoyo

PROVINCIA: Valladolid CP: 47195

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 2/09/2003

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

☒ SÍ ☐ NO

OTROS TRATAMIENTOS:

☒ SÍ ☐ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión Inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la Información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politicadeprivacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

CL - 014

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 979743832

EMAIL: gloriamp10@gmail.com

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? ☒ SÍ ☐ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Minian Rodríguez Metallana

DIRECCIÓN: C/ Las acacias, 4 - 3º B

LOCALIDAD: Palencia

PROVINCIA: Palencia CP: 34003

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 27/05/1994

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

SÍ

☒ NO

OTROS TRATAMIENTOS:

SÍ

NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

CL-015

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO:

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: BETROVA M^a ILLANOVA

DIRECCIÓN: c/ ALAMEDA 4-1, BAJO A

LOCALIDAD: CANTIMPALOS PROVINCIA: SEGOVIA CP: 40360

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO:

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>



Asociación
Española para
el Síndrome de
PRADER-WILLI

Avenida de los
Derechos Humanos, 26.
28014 (EGANFS) Madrid
Tel: 91 533 68 29
asociacion@aespw.org
www.sindromepnaderwilli.org
C.I.F. N.º G 8112644



PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

CL018

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Mónica Jones Diaz

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 687968307

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**
(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Elsa Garcia Jones

DIRECCIÓN: C/Las Torres 1A B

LOCALIDAD: Carbayola de la Sagrada

PROVINCIA: Salamanca CP: 37188

TELÉFONO: 923208782

FECHA DE NACIMIENTO: 15/3/2007

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

CL-019

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Maibet Suarez

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 658 646 874

EMAIL: may.jua@gmail.com

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Paola Hernández Suarez

DIRECCIÓN: c/Castanilla de Valladolid - 1-3º C

LOCALIDAD: Benavente

PROVINCIA: Zamora CP: 49600

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 26/06/2004

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

☒ SÍ

NO

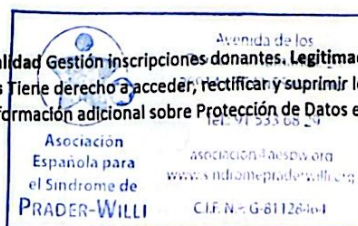
OTROS TRATAMIENTOS:

SÍ

NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

CL-020

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Matilde Esteban Sainz

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO:

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Andrea Bohadillo Esteban

DIRECCIÓN:

LOCALIDAD:

PROVINCIA:

CP:

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO:

DNI: 71183427Z

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

SÍ

NO

OTROS TRATAMIENTOS:

SÍ

NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

CL-021

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Manoli Jiménez Sánchez

FECHA DE NACIMIENTO: 26/07/1981

TELÉFONO: 659.17.16.85

EMAIL: mamela.js81@gmail.com

DNI: 71217075-J

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Lucia Imedio Jiménez

DIRECCIÓN: C/ Dali 13

LOCALIDAD: Camión de Calatrava

PROVINCIA: Ciudad Real CP:

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 19-11-2010

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

SÍ

☒ NO

OTROS TRATAMIENTOS:

SÍ

NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

CL-022

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Felix Portugal de Miguel

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 658554198

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: PORTUGAL RODRIGUEZ LIDIA

DIRECCIÓN: c/ VICTORIA BALFÉ 24, 6º B

LOCALIDAD: BURGOS PROVINCIA: BURGOS CP: 09006

TELÉFONO: 947225663

FECHA DE NACIMIENTO: 04/04/1997

DNI: 71708172Z

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>



Asociación
Española para
el Síndrome de
PRADER-WILLI

Avenida de los
Derechos Humanos, 26
28914 LEGANES (Madrid)
Tel: 91 533 68 29
asociacion@aespw.org
www.sindromepnaderwilli.org
C.I.F. N.º G-81128464



PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

CL-024

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: SORAYA GONZALEZ BARAJAS

FECHA DE NACIMIENTO: 20/09/1974

TELÉFONO: 676 052260

EMAIL: sunimago@hotmail.com

DNI: 44912967Q

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? ☒ SÍ ☐ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: CESAR VIVAS GONZALEZ

DIRECCIÓN: FRANCISCO DE VITORIA Nº 12-3º C

LOCALIDAD: ARROYO DE LA ENCOMIENDA PROVINCIA: VALLADOLID CP: 47195

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 08/05/2014

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

SÍ

☒ NO

OTROS TRATAMIENTOS:

SÍ

☐ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

CL - 027

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: FRANCISCO JOSE HUERTA ALONSO

FECHA DE NACIMIENTO: 05/06/1974

TELÉFONO: 693355932

EMAIL: elfwolf@hotmail.com

DNI: 10266399-A

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: SILVIA HUERTA GODOY

DIRECCIÓN: PASEO ZORRILLA 160 - 1º 2ª.

LOCALIDAD: VALLADOLID

PROVINCIA: VALLADOLID CP: 47006

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 15/09/2015

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

SÍ

NO

OTROS TRATAMIENTOS:

SÍ

NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

C4-028

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: RUTH VELASCO ARAGONESES

FECHA DE NACIMIENTO: 1-2-75

TELÉFONO: 616 544 981

EMAIL: ruth-alfredo@hotmail.com

DNI: 34668194

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: DANIEL SASTRE VELASCO

DIRECCIÓN: C/ BUENAVISTA - 6 - 3º D

LOCALIDAD: SEGOVIA

PROVINCIA: SEGOVIA CP: 40006

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 7/11/2008

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: ☒ SÍ ☐ NO

OTROS TRATAMIENTOS: ☐ SÍ ☐ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

CL-089

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Teresa Tranchero Sánchez

FECHA DE NACIMIENTO: 03-07-1973

TELÉFONO: 656 16 25 17

EMAIL: ttranchero@gmail.com

DNI: 44076854-E

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? ☐ SÍ ☒ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Mateo Muñoz Tranchero

DIRECCIÓN: Monasterio Santo Domingo

LOCALIDAD: Valladolid

PROVINCIA: Valladolid CP: 47015

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 25/09/2014

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

SÍ

☒ NO

OTROS TRATAMIENTOS:

SÍ

NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

CL-030

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: *M^a Teresa Pérez Fieno*

FECHA DE NACIMIENTO: *15-04-1973*

TELÉFONO: *665678549*

EMAIL: *maitechupf@gmail.com*

DNI: *10200853P*

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**
(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: *Naiara González Pérez*

DIRECCIÓN: *Alda. Constitución - 7*

LOCALIDAD: *Puente de Ojibío*

PROVINCIA: *León* CP: *24286*

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: *29-05-2014*

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

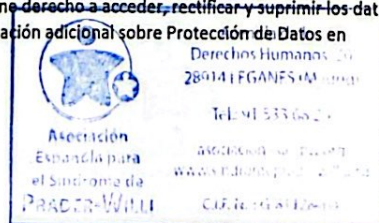
SÍ ☒ NO

OTROS TRATAMIENTOS:

SÍ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

CL-031

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Ruben Rivas Plaza

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 620678514

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: RIVAS MARTIN RODRIGO

DIRECCIÓN: c/RONDA DE LAS CRUCES 26

LOCALIDAD: PEÑARANDA DE BRACAMONTE

PROVINCIA: SALAMANCA

CP: 37300

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 08/07/2022

DNI: 08199723Q

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en: <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

CL-032

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: M^a Wisa Miguela Santos

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 656562661

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? SÍ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Miguela Errol Sierra

DIRECCIÓN: C/ Ramon y Cajal 13 2F

LOCALIDAD: Villadiego de las Regueras

PROVINCIA: Leon

CP: 24195

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 26/6/2013

DNI: 71817611L

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

SÍ NO

OTROS TRATAMIENTOS:

SÍ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

CL-033

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: *Inmaculada de Prado*

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: *605065587*

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: *Alfonso David del Prado*

DIRECCIÓN: *Avd. Miguel Angel Blanco 37, CB*

LOCALIDAD: *Valladolid*

PROVINCIA: *Valladolid* CP: *47014*

TELÉFONO: *605065587*

FECHA DE NACIMIENTO: *19/9/2012*

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

CL-034

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Soria Saturno Palbuena

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 649855679

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Laura Garcia Saturno

DIRECCIÓN: C/la serna 92 1D.

LOCALIDAD: leon

PROVINCIA: leon

CP: 24007

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO:

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

SÍ **NO**

OTROS TRATAMIENTOS:

SÍ **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la Información adicional Ubicación Puede consultar la Información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>



Asociación
Española para
el Síndrome de
PRADER-WILLI

Avenida de los
Derechos Humanos, 20
28914 LEGANES (Madrid)
Tel: 91 533 68 29
asociacion@aespw.org
www.sindromepraderwilli.org
C.I.F. N.º G-81128464



PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

EXT - 004

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: *M^a del Mar Tello*

FECHA DE NACIMIENTO: *13-09-88*

TELÉFONO: *610 41 82 41*

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: *Alba Tello*

DIRECCIÓN: *Minajones, 50-1^º B*

LOCALIDAD: *Don Benito*

PROVINCIA: *Badajoz* CP: *06400*

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO:

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

☒ SÍ

NO

OTROS TRATAMIENTOS:

SÍ

NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión Inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional sobre Protección de Datos en: <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

EXT-005

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Lourdes Rubio Galvo

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 615912692

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? SÍ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: ADÁN MATITO RUBIO

DIRECCIÓN: Avd. Camino de los nostros 1 1º C

LOCALIDAD: Badajoz

PROVINCIA: Badajoz CP: 06009

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 12/7/21

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: SÍ NO

OTROS TRATAMIENTOS: SÍ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión Inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>



Avenida de los
Derechos Humanos, 20
28914 LEGANES (Madrid)

Tel: 91 533 68 29

asociacion@aespw.org
www.sindromepraderwilli.org

C.I.F. N.º G-81128464



PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

GAL-007

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 657 720474

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE: Pilar Troncoso

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Alejandra Gonzalez Troncoso

DIRECCIÓN: C/Ernestina Otero 54 2º

LOCALIDAD: Redondela

PROVINCIA: Pontevedra CP: 36800

TELÉFONO: 986403742

FECHA DE NACIMIENTO:

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>



Avenida de los
Derechos Humanos, 20
28914 LEGANES (Madrid)
Tel: 91 533 68 29
asociacion@aespw.org
www.sindromepnaderwilli.org
CIF: N.º G 81128564

Asociación
Española para
el Síndrome de
PRADER-WILLI



PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

GAL-009

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: *Angeles Faro Chamadoira*

FECHA DE NACIMIENTO: *26/10/1959*

TELÉFONO: *696 877 100*

EMAIL: *ah.faro@rundo-z.com*

DNI: *36033947P*

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: *Laura Faro Chamadoira*

DIRECCIÓN: *Camelias - 36 - 2º G*

LOCALIDAD: *VIGO*

PROVINCIA: *PONTEVEDRA* CP: *36202*

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO:

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

☒ SÍ

NO

OTROS TRATAMIENTOS:

☐ SÍ

NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión Inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>

Asociación Española para el Síndrome de PRADER-WILLI

Tel: 91 533 68 29

asociacion@aespw.org

www.sindromepraderwilli.org

C.I.F. N°: G-81126464



PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

GAL - 013

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 638196902

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? ☒ SÍ ☐ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Alberto Rio Pena

DIRECCIÓN: C/ Doctor Canaudo - N° 112 - Bajo

LOCALIDAD: VIGO

PROVINCIA: Pontevedra CP: 36205

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 14/08/2008

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

☐ SÍ

☒ NO

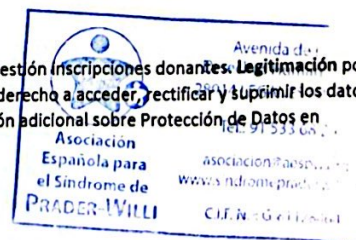
OTROS TRATAMIENTOS:

☐ SÍ

☐ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

GAL-014

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: *Raquel Magem Luque*

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: *646704746*

EMAIL:

DNI: *44416644X*

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS:

DIRECCIÓN: *Medico devesa Nuñez - 13 Bajo B*

LOCALIDAD: *A CORUÑA*

PROVINCIA: *A CORUÑA* CP: *15608*

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO:

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

GAL-015

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: David Alonso Vega

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 645 207473

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Tiago Alonso Costa Pinto

DIRECCIÓN: C/ Padre Sermiento 20 4D.

LOCALIDAD: La Coruña

PROVINCIA: La Coruña CP: 15005

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 11/4/2014

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

GAL-016

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Sonia Souto Díaz

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 669537996

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? SÍ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: David Díaz Souto

DIRECCIÓN: c/ Concepción Arenal 40 2º F

LOCALIDAD: Burela

PROVINCIA: Lugo

CP: 27880

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 16/10/2009

DNI: 35625023 R

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: SÍ NO

OTROS TRATAMIENTOS: SÍ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

GAL-017

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: José Ramón Vilas Montero

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 661335050

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: VILAS CASTELAO XENXO

DIRECCIÓN: c/ CHAVE DE PONTE, 43

LOCALIDAD: BASTAVALES-BRION

PROVINCIA: A CORUÑA

CP: 15280

TELÉFONO: 986403742

FECHA DE NACIMIENTO: 20/08/2021

DNI: 55586604-C

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>



Asociación
Española para
el Síndrome de
PRADER-WILLI

Avenida de los
Derechos Humanos, 20
28014 LEGANES (Madrid)
Tel: 91 533 68 29
asociacion@aespw.org
www.sindromepnader-willi.org
CIF: N-6 81128464



FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

GAL-018

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Francisco Lamas

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 620922920

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: FRANCISCO LAMAS SEIJO

DIRECCIÓN: c/ Alcalde Jose del Rio,3 -1ºC

LOCALIDAD: MARIN

PROVINCIA: PONTEVEDRA

CP: 36900

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 09/09/2006

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

SÍ NO

OTROS TRATAMIENTOS:

SÍ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>



Asociación
Española para
el Síndrome de
PRADER-WILLI

Avenida de los
Derechos Humanos, 20
28914 LEGANES (Madrid)

Tel: 91 533 68 29

asociacion@aespw.org
www.sindromepraderwilli.org

C.I.F. N.º G-81128404



PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

GAL-019

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Clara Campos Pueto

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 6100673098

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Pablo Vázquez Campos

DIRECCIÓN: Rua Area Nova 38 portal 1 4-A

LOCALIDAD: Monforte de Lemos

PROVINCIA: Lugo

CP: 27400

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 24/4/2022

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

LRJ-003

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Ana María Zuñeda

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 941584123

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: GARCÍA ZUÑEDA MIRIAM

DIRECCIÓN: c/ ALFONSO VI 1, 4º B

LOCALIDAD: LOGROÑO PROVINCIA: LA RIOJA CP: 26007

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 09/01/2003

DNI: 17497366R

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>



Asociación
Española para
el Síndrome de
PRADER-WILLI

Avenida de los
Derechos Humanos, 20
28014 LEGANES (Madrid)
Tel: 91 533 68 29
asociacion@aespw.org
www.sindromepraderwilli.org
CIF N: G 81128464



PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

LR1-004

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 627-941-624

EMAIL: administración@alvarezasociada.com

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? ☒ SÍ ☐ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Pedro Alvarez Soia.

DIRECCIÓN: C/ Alfonso VI N° 7 - 3º E

LOCALIDAD: LOGROÑO

PROVINCIA: LA RIOJA CP: 26007

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 06/12/2001

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

☒ SÍ

☐ NO

OTROS TRATAMIENTOS:

☒ SÍ

☐ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

LRJ-005

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 646-549-512

EMAIL: ealsa@nojarega.com

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? SÍ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Rocío Aisa Galilea

DIRECCIÓN: C/ Saturnino Ulaqui N° 2 - 2º D.

LOCALIDAD: Logroño.

PROVINCIA: La Rioja **CP:** 26001

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 20/12/2012

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

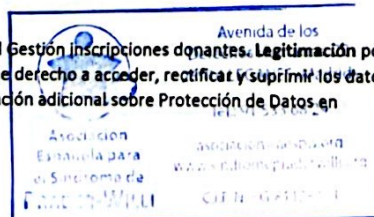
HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: SÍ NO

OTROS TRATAMIENTOS: SÍ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

LRJ-006

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: *Maria Teresa Garcia Estaniaga*

FECHA DE NACIMIENTO: *27-10-1967*

TELÉFONO: *677 563 195*

EMAIL: *maria.teresa.garciaestaniaga@gmail.com*

DNI: *72781519C*

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**
(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: *Martina Shelly*

DIRECCIÓN: *C/ Navana 11-6D*

LOCALIDAD: *Calahorra*

PROVINCIA: *La Rioja* CP: *26500*

TELÉFONO: *1*

FECHA DE NACIMIENTO: *04/01/2012*

DNI: *78841765L*

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

SÍ **NO**

OTROS TRATAMIENTOS:

SÍ **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

LRJ-007

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: María Victoria Álvarez García

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 635460648

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ NO**
(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: MARTINEZ ALVAREZ, NEREA

DIRECCIÓN: c/ BALTASAR GRACINAN 7, 6º B

LOCALIDAD: LOGROÑO PROVINCIA: LA RIOJA CP: 26006

TELÉFONO: 941584719

FECHA DE NACIMIENTO: 08/07/2004

DNI: 18079089P

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: SÍ NO

OTROS TRATAMIENTOS: SÍ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politicadeprivacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

LRJ-008

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Salma Hamda Mohamed Salem

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 679065100

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: AMIR MOH ZINE HAMDA

DIRECCIÓN: c/ MONSEÑOR MARTINEZ SOMALO 11, 4ºD

LOCALIDAD: BAÑOS DE RIO TOBIA PROVINCIA: LA RIOJA CP: 26320

TELÉFONO: 661089456

FECHA DE NACIMIENTO: 21/11/2016

DNI: 18479942V

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: ☐ SÍ ☐ NO

OTROS TRATAMIENTOS: ☐ SÍ ☐ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MAD-001

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Gina Avar Ribera

FECHA DE NACIMIENTO: 4/11/1979

TELÉFONO: 648082979

EMAIL:

DNI: 259 2357 6

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Alfredo Landers Mejía Avar

DIRECCIÓN: C/Antonio López 232

LOCALIDAD: Uxera

PROVINCIA: Madrid CP: 28026

TELÉFONO: 915006945

FECHA DE NACIMIENTO: 13/9/2012

DNI: 027680684

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la Información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>



Asociación
Española para
el Síndrome de
PRADER-WILLI

Avenida de los
Derechos Humanos, 20
28914 LEGANES (Madrid)
Tel: 91 533 68 29
avocacion@aespw.org
www.sndromepraderwilli.org
CIF N.º: G-81128464



PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MAD-005

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Teresa Travesedo Espinosa

FECHA DE NACIMIENTO: 19/07/60

TELÉFONO: 619477 320

EMAIL: ttravesedo@yahoo.es

DNI: 05376447-J

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? ☐ SÍ ☒ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Alfonso Riestra Travesedo

DIRECCIÓN: c/ La Salle - 90-2º A

LOCALIDAD: Madrid.

PROVINCIA: Madrid. CP: 28023

TELÉFONO: 91357 5887

FECHA DE NACIMIENTO: 28/10/86

DNI: 05307782-A

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

SÍ

☒ NO

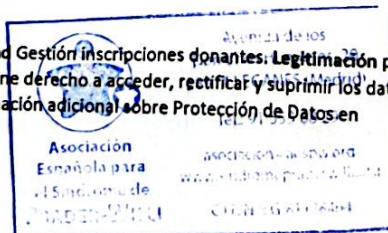
OTROS TRATAMIENTOS:

SÍ

☐ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MAD-006

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Jose Herrera

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 636-239-162

EMAIL: joseherreratorijos@yahoo.es

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**
(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Alicia Herrera Espinar

DIRECCIÓN: C/11 Fraternidad 1

LOCALIDAD: Leganes

PROVINCIA: Madrid CP: 28914

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 14/08/1983

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

SÍ ☒ NO

OTROS TRATAMIENTOS:

SÍ ☐ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la Información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MAD-009

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: M^a Elena Escalante

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 619 255813

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? SÍ NO
(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Alonso Amoyo Escalante

DIRECCIÓN:

LOCALIDAD:

PROVINCIA:

CP:

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO:

DNI: 11 874 325-T

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

☒ SÍ

☐ NO

OTROS TRATAMIENTOS:

☐ SÍ

☐ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MAD - OIO

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Miriam Rocha Sánchez

FECHA DE NACIMIENTO: 15/3/1976

TELÉFONO: 658075534

EMAIL:

DNI: 2259190-S

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Clara Blázquez Rocha

DIRECCIÓN: C/ Gregorio Varas 3 2-B

LOCALIDAD: Madrid

PROVINCIA: Madrid CP: 28014

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 12/8/2013

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MAD-011

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Francisco Martinez Moliner

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 605867000

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: MARINEZ MOLINER BEATRIZ

DIRECCIÓN: c/ SOTOMAYOR 6, 6º C

LOCALIDAD: MADRID PROVINCIA: MADRID CP: 28003

TELÉFONO: 619243074

FECHA DE NACIMIENTO: 19/10/1987

DNI: 05208881W

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: ☐ SÍ ☒ NO

OTROS TRATAMIENTOS: ☐ SÍ ☒ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MAO-012

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Carmen González

FECHA DE NACIMIENTO: 10-3-1958

TELÉFONO:

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Sara Latano González

DIRECCIÓN: Francisco Rabal n°4 Bgo C

LOCALIDAD: Legnès

PROVINCIA: Madrid CP: 28918

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 16-4-2010

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>



Asociación Española para el Síndrome de PRADER-WILLI

Avenida de los Derechos Humanos, 20
28914 LEGANÉS (Madrid)
Tel.: 91 533 68 29
asociacion@aespw.org
www.sindromeprader-willi.org
C.I.F. N°: G-61126464



PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MAD-013

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 666 881 168

EMAIL: Benigno.reyero@teleline.com

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS:

Reyero García.

DIRECCIÓN: C/ Diversidad N°2 - portal 9 - 1º A

LOCALIDAD: ALCORCÓN

PROVINCIA: Madrid CP: 28984

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 18/06/1983

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

SÍ

☒ NO

OTROS TRATAMIENTOS:

SÍ

NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión Inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la Información adicional Ubicación Puede consultar la Información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MAD-015

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Begoña Gutierrez

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 629537382

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ NO**
(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: SANZ GIL DAVID

DIRECCIÓN: c/ PEDRO RICO 13,

LOCALIDAD: MADRID PROVINCIA : MADRID CP: 28029

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 10/09/1969

DNI: 507227659D

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>



Asociación
Española para
el Síndrome de
PRADER-WILLI

Avenida de los
Derechos Humanos, 20
28014 LEGANES (Madrid)

Tel: 91 533 68 29

asociacion@aespw.org
www.sindromepnaderwilli.org

C.I.F. N.º G-81128404



PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MAD-16

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: CARMEN RUIZ

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 914037904

EMAIL: no tiene

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? SÍ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: EDUARDO QUINTANILLA RUIZ

DIRECCIÓN: Virgen del Portillo 15, 4º-1

LOCALIDAD: MADRID

PROVINCIA: MADRID CP: 28027

TELÉFONO: ~~914037904~~

FECHA DE NACIMIENTO:

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

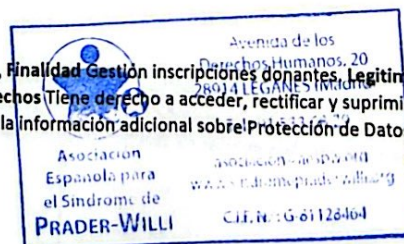
HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: SÍ NO

OTROS TRATAMIENTOS: SÍ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi. Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MAD - 18

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Fernando Cubas Paredes

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 918141037/696424045

EMAIL: arturito36@hotmail.com

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Ester Cubas García

DIRECCIÓN: Rincón del Polino 2

LOCALIDAD: Grimón

PROVINCIA: Madrid CP: 28971

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 27-11-76

DNI: 46926664-V

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MAD-019

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: *Maria Martín Hernández*

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: *617 932 081*

EMAIL: *maria.martin24@yahoo.es*

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: *Éther Gómez Martín*

DIRECCIÓN: *C/ Reyes Magos - 21-4º E*

LOCALIDAD: *Madrid.*

PROVINCIA: *Madrid.* CP: *28007*

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: *23/03/1998*

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: ☒ **SÍ** ☐ **NO**

OTROS TRATAMIENTOS: ☒ **SÍ** ☐ **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes, Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MAD - 26

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Leandro Pérez Prieto

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 6541723301

EMAIL: leandrp1865@hotmail.com

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Ivan Pérez Álvarez

DIRECCIÓN: Nájera 3 - Chalet 17

LOCALIDAD: Boadilla del Monte

PROVINCIA: Madrid CP: 28660

TELÉFONO: 916331128

FECHA DE NACIMIENTO: 23/04/96

DNI: 53618449-K

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MAD-31

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Joaquín Torres

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 647565152

EMAIL: morferj@hotmail.com

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Jorge R. Torres Baya

DIRECCIÓN: Barrio de Lemos, 73, 1º PT

LOCALIDAD: Redondel

PROVINCIA: Redondel CP: 28029

TELÉFONO: 662325743

FECHA DE NACIMIENTO:

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

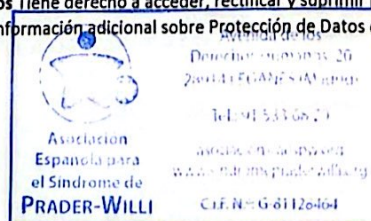
HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MAD-038

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: María Elena Gato Tristán

FECHA DE NACIMIENTO: 3-06-1980

TELÉFONO: 630030474

EMAIL: helen4ever50@gmail.com

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? ☒ SÍ ☐ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Rubén González Gato

DIRECCIÓN: Avda Reyes Católicos 42, 1º C

LOCALIDAD: Alcobendas

PROVINCIA: Madrid CP: 28802

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 5-10-2006

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

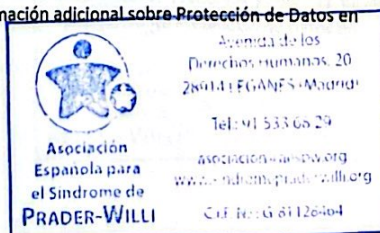
HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: ☒ SÍ ☐ NO

OTROS TRATAMIENTOS: ☒ SÍ ☐ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MAD - 039

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: M^c Angeles Zarza Penas

FECHA DE NACIMIENTO: 24-4-68

TELÉFONO: 607 769004

EMAIL: angeleszape@gmail.com

DNI: 52 0970421

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? ☒ SÍ ☐ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Marco Gamido Zarza

DIRECCIÓN: C/ Limón - N^o 46 - 1^o A

LOCALIDAD: FUENLABRADA

PROVINCIA: Madrid CP: 28945

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 4-5-1999

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

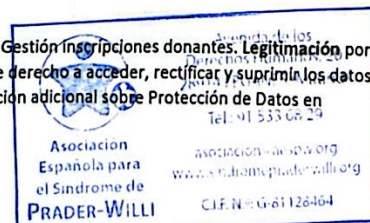
☒ SÍ ☐ NO

OTROS TRATAMIENTOS:

☒ SÍ ☐ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politicadeprivacidad>



**DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:**

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 617 363725

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? SÍ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

DIRECCIÓN:

LOCALIDAD:

PROVINCIA:

CP:

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO:

DNI: 53616685 M

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

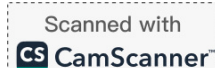
SÍ NO

OTROS TRATAMIENTOS:

SÍ **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. **Destinatarios** No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal **Derechos** Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional **Ubicación** Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MAD-042

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO:

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: CUEVAS REVILLA ANA ISABEL

DIRECCIÓN: c/ ELENA SORIANO 44, BAJO

LOCALIDAD: FUENTIDUEÑA DE TAJO PROVINCIA: MADRID CP: 28597

TELÉFONO: 653128872

FECHA DE NACIMIENTO: 31/12/1998

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MAD-43

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Dolores Martín

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 918462974

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: David Fernández Martín

DIRECCIÓN: Ronda de los Puertos 26, 1º Esc.

LOCALIDAD: Columen

PROVINCIA: Viejo

CP: 28770

TELÉFONO: 918462974

FECHA DE NACIMIENTO:

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

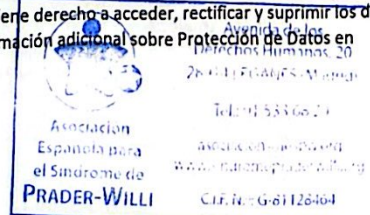
HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MAD-045

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: *M^a Mar Etienne Pérez*

FECHA DE NACIMIENTO: *19-2-61*

TELÉFONO: *626 980655*

EMAIL: *mar.etienne@yahoo.es*

DNI: *27269882-R*

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**
(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: *Natalia López Etienne*

DIRECCIÓN: *C/ Cienzo - 26 - 3^o D*

LOCALIDAD: *Pozuelo de Alarcón*

PROVINCIA: *Madrid* CP: *28223*

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: *6-12-92*

DNI: *73159461 A*

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

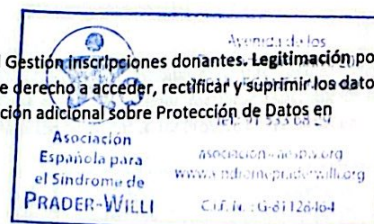
☒ SÍ ☐ NO

OTROS TRATAMIENTOS:

☐ SÍ ☐ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MAD-049

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Lourdes De La Peña Ramos

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 667096480

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: GONZALEZ DE LA PEÑA VICTOR

DIRECCIÓN: c/ JOAQUIN FERNANDEZ DE AVILA 15.

LOCALIDAD: POZUELO DE ALARCON PROVINCIA :MADRID CP: 28223

TELÉFONO: 917154304

FECHA DE NACIMIENTO: 27/08/1985

DNI: 53621671T

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politicadeprivacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MAD 50

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS:

Pilar Aguado

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 609 017644.

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS:

David Vallejo Aguado

DIRECCIÓN:

C/11. Fraternidad 1

LOCALIDAD:

Leganés

PROVINCIA:

Madrid

CP:

28914

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 16-06-1985

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

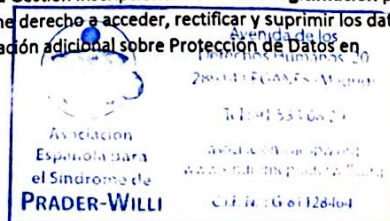
SÍ NO

OTROS TRATAMIENTOS:

SÍ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión Inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MDS-53

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Lucio Regacho

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 914732786

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Javier Gonido Regacho

DIRECCIÓN: C/1. Torres Miande 17, 5º B

LOCALIDAD: Madrid

PROVINCIA: Madrid CP: 28045

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO:

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

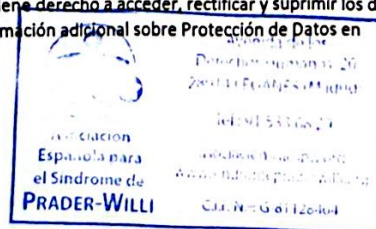
HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MAD-054

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: VICTORIANA MARTIN PALOMO

FECHA DE NACIMIENTO: 16/10/60

TELÉFONO: 645 16 8330

EMAIL: VIAJE 43 @ YAHOO.ES

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? SÍ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: ADRIAN GARRIDO MARTIN

DIRECCIÓN: C/ Minabel, 43-2ºA

LOCALIDAD: MADRID

PROVINCIA: MADRID CP: 28044

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 04/10/99

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

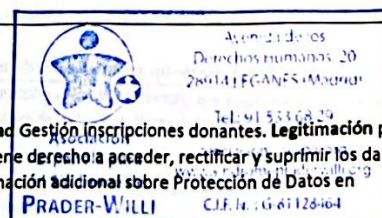
☒ SÍ ☐ NO

OTROS TRATAMIENTOS:

☐ SÍ ☐ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MAD-057

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: MERCEDES BARDERAS

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 629 037976

EMAIL: merbarbaran3112@gmail.com

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? ☐ SÍ ☒ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: MIGUEL GUZMAN BARDERAS

DIRECCIÓN: C/11. SUIZA 22

LOCALIDAD: MADRID

PROVINCIA: MADRID CP: 28022

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO:

DNI: 50905865B

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

SÍ

☒ NO

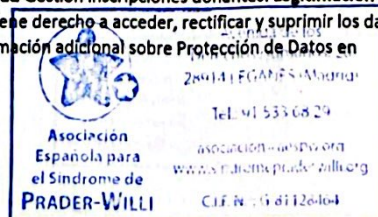
OTROS TRATAMIENTOS:

SÍ

☐ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión Inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la Información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MAD - 058

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: M^º ANTONIA ORTEGA PASTOR

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 617 510644

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? SÍ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: PAULA MARIN ORTEGA

DIRECCIÓN:

LOCALIDAD:

PROVINCIA:

CP:

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO:

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

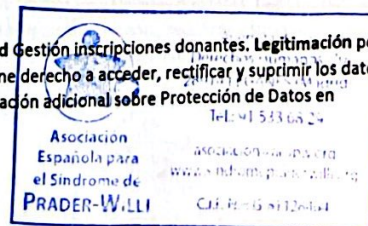
HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: SÍ NO

OTROS TRATAMIENTOS: SÍ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la Información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MAD-059

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO:

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: IGLESIAS MONTERO NORA

DIRECCIÓN: c/ SANTA INES 4.

LOCALIDAD: LAS ROZAS PROVINCIA: MADRID CP: 28230

TELÉFONO: 916370715

FECHA DE NACIMIENTO:

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>



Asociación
Española para
el Síndrome de
PRADER-WILLI

Avenida de los
Derechos Humanos, 20
28914 LEGANES (Madrid)

Tel: 91 533 68 29

asociacion@aespw.org
www.sindromepraderwilli.org

C.I.F. N.º G 81126464



PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MSD-63

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Julia Canasco Diaz

FECHA DE NACIMIENTO: 02/11/58

TELÉFONO: 617246694

EMAIL: jucar1958@hotmail.com

DNI: 51628734J

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Mario Martinez Canasco

DIRECCIÓN: c/ Aquitania - 75B - 1ºD

LOCALIDAD: Madrid

PROVINCIA: Madrid CP: 28032

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 23/05/1983

DNI: 52885366V

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

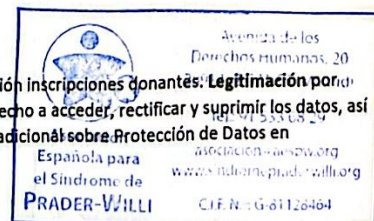
HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión Inscripciones Donantes: Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MAD-068

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO:

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: MENACHO REYES CLAUDIA

DIRECCIÓN: c/ MIRABEL 33, 8º D

LOCALIDAD: MADRID PROVINCIA: MADRID CP: 28044

TELÉFONO: 917062709

FECHA DE NACIMIENTO:

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi. Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>



Asociación
Española para
el Síndrome de
PRADER-WILLI

Avenida de los
Derechos Humanos, 20
28914 LEGANES (Madrid)

Tel: 91 533 68 29

asociacion-aespw.org
www.sindrome-prader-willi.org

C.I.F.N. : G-81128464



PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MAD-069

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: *M^a Francisca Calle Lorenzo*

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: *616569003*

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: *Marina Fernández Calle*

DIRECCIÓN:

LOCALIDAD:

PROVINCIA:

CP:

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO:

DNI: *027891105*

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

SÍ

NO

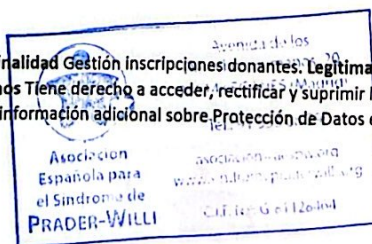
OTROS TRATAMIENTOS:

SÍ

NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MAD-72

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Pérez Escobar

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 91.6779237 / 62848 6778

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Sejio Lozano Escobar

DIRECCIÓN: C/1. Cañada 67, 6º C

LOCALIDAD: Torrejón Arzobispo

PROVINCIA: Madrid CP: 28850

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO:

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MAD-076

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: MARIA DEL MAR

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 686702545

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: BARRIO HERNANDO ROCIO

DIRECCIÓN: c/ VIRGEN DEL VAL 21, 1º C/IZ

LOCALIDAD: MADRID PROVINCIA: MADRID CP: 28027

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 31/10/2010

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>



Asociación
Española para
el Síndrome de
PRADER-WILLI

Avenida de los
Derechos Humanos, 20
28014 LEGANES (Madrid)

Tel: 91 533 68 29

asociacion@aespw.org
www.sindromepraderwilli.org

C.I.F. N.º G-87128464



PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MAD-077

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: SARA DE LAS CUEVAS ALVAREZ

FECHA DE NACIMIENTO: 24/11/1970

TELÉFONO: 619258619

EMAIL: sara de las cuevas @ gmail . com .

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? SÍ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Lucas Garcia de las cuevas

DIRECCIÓN: C/ Donoso Cortés 3-4º C

LOCALIDAD: Madrid

PROVINCIA: Madrid CP: 28016

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 14/02/2007

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

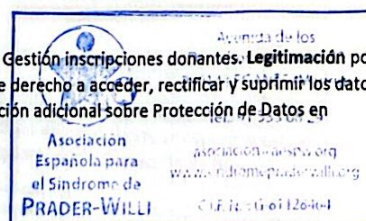
SÍ ☒ NO

OTROS TRATAMIENTOS:

SÍ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MAD-78

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: M^a Isabel Vacas del Barco

FECHA DE NACIMIENTO: 29/06/1967

TELÉFONO: 687691602

EMAIL: valdebarco@hotmail.com

DNI: 08827062 F

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? ☒ SÍ ☐ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Pablo Lesmes Fernandez Vacas

DIRECCIÓN: C/ Londres N^o 56-2^o F

LOCALIDAD: Torrejón de Ardoz

PROVINCIA: Madrid CP: 28850

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 08-11-2006

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

☒ SÍ

☐ NO

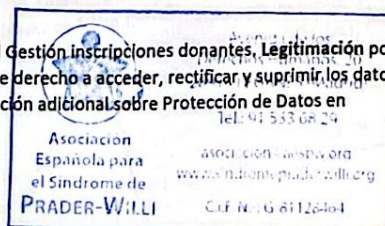
OTROS TRATAMIENTOS:

☒ SÍ

☐ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MSD-79,

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Mercedes Alvarez Raguejo

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 918703130 / 690808945

EMAIL: jesusmorcheibrais@yahoo.es

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? SÍ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Braiu Jemenez Alvarez

DIRECCIÓN: San José, 1. Pta 1. 2º C

LOCALIDAD: Arganda del Rey. PROVINCIA: Madrid CP: 28500

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 8/01/2005

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: SÍ NO

OTROS TRATAMIENTOS: SÍ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MAD-080

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Luz Gonzalez-Mon

FECHA DE NACIMIENTO: 10-09-1943

TELÉFONO: 627 931 139

EMAIL: luzgmon@hotmail.com

DNI: 05212473T

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Paula Andérix González-Mon

DIRECCIÓN: Orense 56-3ºB

LOCALIDAD: Madrid

PROVINCIA: Madrid CP: 28020

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 14-4-1972

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

SÍ

☒ NO

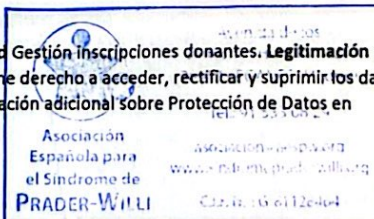
OTROS TRATAMIENTOS:

SÍ

NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión Inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la Información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MSD-81

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Carla Piorno

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 693 289804

EMAIL: carlapiorno@hotmail.com

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? SÍ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Sebastian Piorno Piorno

DIRECCIÓN: C/1. Cavanillas 31, 1º dcha

LOCALIDAD: Madrid

PROVINCIA: Madrid CP: 28007

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 3-11-96

DNI: X-9459078-Y

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: SÍ NO

OTROS TRATAMIENTOS: SÍ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI

FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MAD-083

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Javier Ortega Martín

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 646326961

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: ORTEGA ZABALJAUREGUI IÑIGO

DIRECCIÓN: c/ CORAZON DE MARIA 35, 8º A

LOCALIDAD: MADRID PROVINCIA :MADRID CP: 28002

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 18/03/2008

DNI: 51730095J

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal **Derechos** Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional **Ubicación** Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>



Asociación
Española para
el Síndrome de
PRADER-WILLI

Avenida de los
Derechos Humanos, 20
28914 LEGANES (Madrid)
Tel: 91 533 68 29
asociacion@aespw.org
www.sindrom-prader-willi.org
C.I.F. N.º G-81128464



PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MAD-084

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO:

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: BERMEJO PITA IRENE

DIRECCIÓN: c/ ANA MARISCAL 1 / PORTAL 2, BAJO A

LOCALIDAD: RIVAS VACIAMADRID PROVINCIA: MADRID CP: 28521

TELÉFONO: 917137450

FECHA DE NACIMIENTO:

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, **Finalidad** Gestión inscripciones donantes. **Legitimación** por relación contractual. **Destinatarios** No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal **Derechos** Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional **Ubicación** Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MAD-085

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Silvia Sánchez Pelaez

FECHA DE NACIMIENTO: 19/11/77

TELÉFONO: 666013999

EMAIL: silvia@gerbousa.com

DNI: 6583698-V

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Daniel Torija Sánchez

DIRECCIÓN: C/ Pino Piñonero, 52

LOCALIDAD: Navalcarnero

PROVINCIA: Madrid CP: 28600

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 11-01-2010

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

SÍ

☒ NO

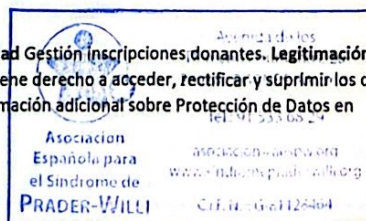
OTROS TRATAMIENTOS:

SÍ

NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MAD-086

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Rocio Sales Garcia

FECHA DE NACIMIENTO: 21/07/72

TELÉFONO: 606694821

EMAIL: rocio.salesgarcia@telefonica.com

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Eric Novas Sales

DIRECCIÓN: C/ Beneficio, 8 portal 1-1D

LOCALIDAD: Galapagar

PROVINCIA: Madrid. CP: 28260

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 30/04/2013

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

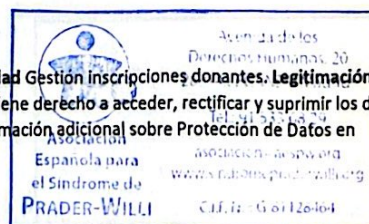
HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MAD-087

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Jessica Montaña Fernandez

FECHA DE NACIMIENTO: 22-12/1987

TELÉFONO: 645695486

EMAIL: keka2025@hotmail.com

DNI: 02286988Y

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Samuel Rodriguez Montaña

DIRECCIÓN: Bajamar - 126

LOCALIDAD: Madrid

PROVINCIA: Madrid CP: 28021

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 30/05/2011

DNI: 517087075

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

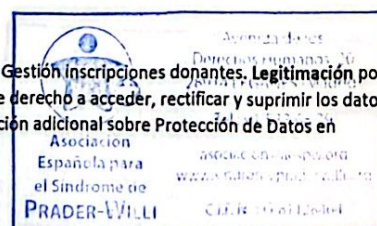
SÍ **NO**

OTROS TRATAMIENTOS:

SÍ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la Información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MAD-088

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Patricia Urbano Grajales

FECHA DE NACIMIENTO: 09/09/1977

TELÉFONO: 650 917 418

EMAIL: pachiurbano@hotmail.com

DNI: 47 016 389 L

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? SÍ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Amaia Urbano Garcia

DIRECCIÓN: C/ Sombrenera, 14 Portal C-2º B

LOCALIDAD: Madrid

PROVINCIA: Madrid CP: 28012

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 23/10/2013

DNI: 51 227 489 - A

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

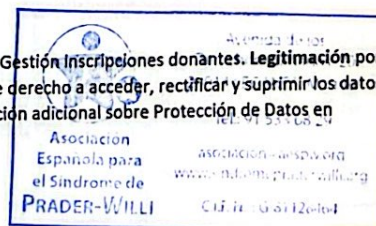
HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: SÍ NO

OTROS TRATAMIENTOS: SÍ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión Inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MA-089

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: ana M^a garcia aponte

FECHA DE NACIMIENTO: 23/01/1973

TELÉFONO: 616043983

EMAIL: amgaponte@hotmail.com

DNI: 02786874X

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? ☒ SÍ ☐ NO
(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Ainhoa Tones garcia.

DIRECCIÓN: c/ arduiduque alberto 9-1^a

LOCALIDAD: Madrid

PROVINCIA: Madrid CP: 28050

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 05/11/2013

DNI: R02786874X

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

SÍ

☒ NO

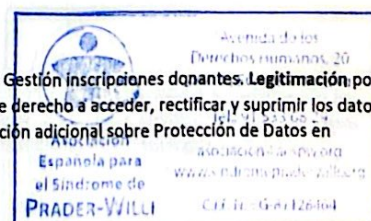
OTROS TRATAMIENTOS:

SÍ

NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones dqnantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MA-090

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: M^a DEL CARMEN PINTO ANTA

FECHA DE NACIMIENTO: 25/11/73

TELÉFONO: 686 07 4034

EMAIL: Mcappanta10@hotmail.com

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? ☒ SÍ ☐ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: VEGA MARTIN PINTO

DIRECCIÓN: C/ TERRADAS - N^o 12 - ESC 2^a - 5^o D

LOCALIDAD: GETAFE

PROVINCIA: MADRID CP: 28904

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 21/01/2014

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

SÍ

☒ NO

OTROS TRATAMIENTOS:

SÍ

NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MAD-091

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: *M^a Mercedes Lopez Martinez*

FECHA DE NACIMIENTO: *18-12-1971*

TELÉFONO: *669 16 87 35*

EMAIL:

DNI: *08991165 M*

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: *Sofia Barona Lopez*

DIRECCIÓN: *Eduardo Claudio - N^o 2 2^o Piso*

LOCALIDAD: *Alcala de Henares*

PROVINCIA: *Madrid* CP: *28803*

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: *18-10-2009*

DNI: *09104367-B*

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

☒ SÍ

☐ NO

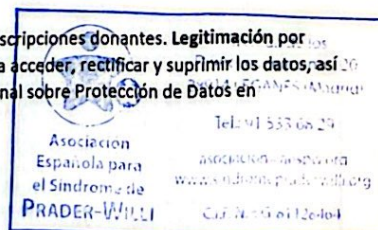
OTROS TRATAMIENTOS:

☐ SÍ

☐ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MAD-092

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Beatriz Oreja Rodríguez de Lodo

FECHA DE NACIMIENTO: 24-08/1982

TELÉFONO: 679223443

EMAIL: beatrizoreja@hotmail.com

DNI: 72482829-P

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Iñigo Santa Oreja

DIRECCIÓN: C/ Lopez de Rueda - 30-3º C

LOCALIDAD: Madrid.

PROVINCIA: Madrid CP: 28009

TELÉFONO: 679223443

FECHA DE NACIMIENTO: 25/04/2015

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

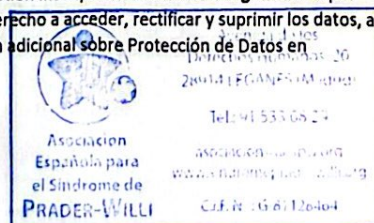
SÍ **NO**

OTROS TRATAMIENTOS:

SÍ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MA-093

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: *M^a Teresa Fernández Saia*

FECHA DE NACIMIENTO: *14-03-83*

TELÉFONO: *647 86 9904*

EMAIL: *teresafoia@hotmail.com*

DNI: *51457278E*

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: *Marta Teresa Marques Fernández*

DIRECCIÓN: *C/Viente Blasco Ibañez 6 - Patal 3-4ºA*

LOCALIDAD: *Madrid*

PROVINCIA: *Madrid* CP: *28050*

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO:

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

SÍ

NO

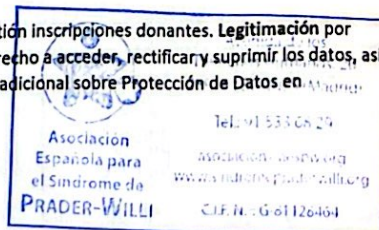
OTROS TRATAMIENTOS:

SÍ

NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MAD-094

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Moises Vivas
FECHA DE NACIMIENTO: 14-01-1975
TELÉFONO: 637 55 2468
EMAIL: inga@murcenajera.es
DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? SÍ NO
(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE: FECHA DE NACIMIENTO:
NOMBRE: FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Aazon Vivas
DIRECCIÓN: Plaza del Pilar-6
LOCALIDAD: Getafe PROVINCIA: Madrid CP: 28901
TELÉFONO:
FECHA DE NACIMIENTO: 02/12/2019.
DNI:
DIAGNÓSTICO:
DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):
HOSPITAL:
TRATAMIENTO GH: SÍ NO
OTROS TRATAMIENTOS: SÍ NO
(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MAD-095

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: *Laura Rodriguez Martinez*

FECHA DE NACIMIENTO: *06/02/1984*

TELÉFONO: *652 477 548*

EMAIL: *lauradc7@gmail.com*

DNI: *70062892*

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE: *0*

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: *Guillermo Maganto Rodriguez*

DIRECCIÓN: *C/ Camino Viejo - N° 2 box 1 Pta. 7*

LOCALIDAD: *El Escorial*

PROVINCIA: *Madrid* CP: *28280*

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: *02/02/2016*

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

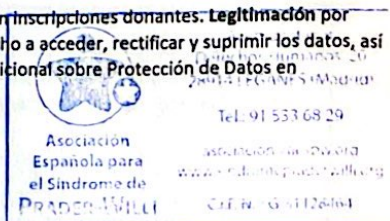
HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión Inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politicadeprivacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MA 096

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: RUTH AGRAZ RUIZ

FECHA DE NACIMIENTO: 19/04/1989

TELÉFONO: 651642631

EMAIL: RUTHAGRAZ@yahoo.es

DNI: 50126843E

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? SÍ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: MIREYA AVILA AGRAZ

DIRECCIÓN: TORREMOLINOS - 26-B3-1º

LOCALIDAD: ARROYOMOLINOS

PROVINCIA: MADRID CP: 28939

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 31/03/2011

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

SÍ

NO

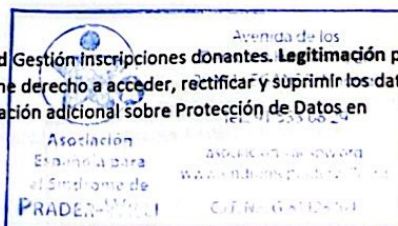
OTROS TRATAMIENTOS:

SÍ

NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión Inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MAD-097

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: *M^a del Carmen Díaz García*

FECHA DE NACIMIENTO: *01-06-1978*

TELÉFONO: *676067631*

EMAIL: *cdiargarcia3@gmail.com*

DNI: *50217865J*

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? SÍ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: *Lois Higuera Díaz*

DIRECCIÓN: *C/ Soledad Cazorla N^o 19 - 1^a Dcha*

LOCALIDAD: *Madrid*

PROVINCIA: *Madrid* **CP:** *28044*

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: *11-02-2017*

DNI: *5483 8030 6*

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

SÍ

NO

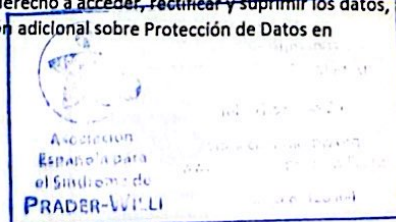
OTROS TRATAMIENTOS:

SÍ

NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI

FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MAD-098

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: JENNIFER SANCHEZ GIL

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 601247048

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: HECTOR NUÑO SANCHEZ

DIRECCIÓN: c/ DE LA MORAÑA, 8, 8ª

LOCALIDAD: LEGANES PROVINCIA: MADRID CP: 28915

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 01/08/2017

DNI: 55596264 C

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MAD-099

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: *Carmen Garcia*

FECHA DE NACIMIENTO: *25/07/1983*

TELÉFONO: *678612534*

EMAIL: *carmen gbu @ hotmail . com*

DNI: *11967586-L*

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: *Alejandro Guizano Garcia*

DIRECCIÓN: *C/ Hilarión Esclava, 27 Atico D*

LOCALIDAD: *Madrid*

PROVINCIA: *Madrid* CP: *28015*

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: *01/09/2017*

DNI: *06682298-A*

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

☒ SÍ

NO

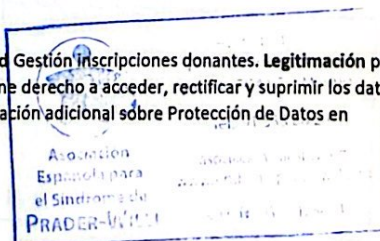
OTROS TRATAMIENTOS:

SÍ

NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MAD-100

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: *Lara Perez Espinosa*

FECHA DE NACIMIENTO: *4/11/1975*

TELÉFONO: *686 736030*

EMAIL: *larafe@hotmail.com*

DNI: *50102586 F*

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: *Naia Lopez Perez*

DIRECCIÓN: *C/ Maqueda 113 -10B*

LOCALIDAD: *Madrid*

PROVINCIA: *Madrid* CP: *28024*

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: *06/09/2015*

DNI: *09848012 X*

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

☒ **SÍ**

☐ **NO**

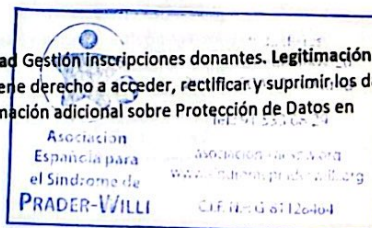
OTROS TRATAMIENTOS:

☒ **SÍ**

☐ **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MAD-101

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Ana Rojo Madrid.

FECHA DE NACIMIENTO: 20/5/66

TELÉFONO: 675549023

EMAIL: rojomadana@gmail.com

DNI: 9298578T

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? ☒ SÍ ☐ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Lola Fernández-Victorio Rojo

DIRECCIÓN: C/ Costa Brava, 37 - PA - 1ª A

LOCALIDAD: Madrid.

PROVINCIA: Madrid CP: 28034

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO:

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

☒ SÍ

☐ NO

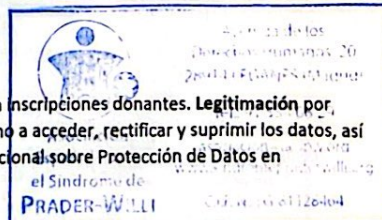
OTROS TRATAMIENTOS:

☒ SÍ

☐ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MAD-103

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: MARTA BARDISA PASCUAL

FECHA DE NACIMIENTO: 31/05/1983

TELÉFONO: 627 928825

EMAIL: Mbardispascual@gmail.com.

DNI: 51459115L

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? SÍ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: ERIK CASTRO BARDISA

DIRECCIÓN: JULIAN ROMEA 19-7ºD

LOCALIDAD: MADRID

PROVINCIA: MADRID CP: 28003

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 29/01/2020

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

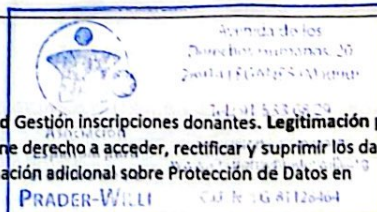
HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: SÍ NO

OTROS TRATAMIENTOS: SÍ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MAD - 104

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Laura González González

FECHA DE NACIMIENTO: 18-01-1979

TELÉFONO: 629 601 456

EMAIL: laurgogo@gmail.com

DNI: 32.683135-L

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**
(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Noa González González

DIRECCIÓN: Genciana Nº 36-1ºA

LOCALIDAD: Madrid

PROVINCIA: Madrid CP: 28039

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 10/10/2018

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

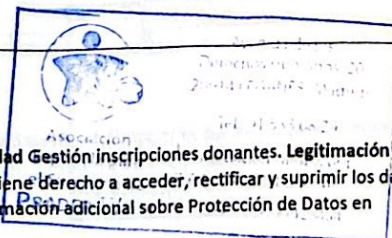
HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MAD-105

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: SILVIA DONDIRE TSHAYO

FECHA DE NACIMIENTO: 30-10-77

TELÉFONO: 696652261

EMAIL: silviadondiret@hotmail.com

DNI: 50104056-Y.

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: MIRIAM SANCHEZ DONDIRE

DIRECCIÓN: Cde. AGUILAS 70, 3ºA

LOCALIDAD: Madrid

PROVINCIA: Madrid CP: 28044

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 28/03/2014

DNI: 51274615-W

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

SÍ

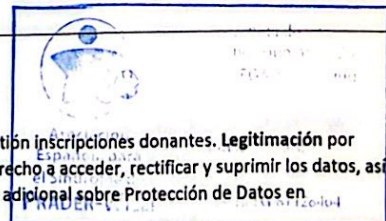
NO

OTROS TRATAMIENTOS:

SÍ

NO

(En caso afirmativo, especificar)



Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>



PRADER-WILLI
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MAD-106

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO:

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: FERRAN LLORENTE, LUCIA

DIRECCIÓN: c/ MARQUES DE LOZOYA 4, 12 D

LOCALIDAD: MADRID PROVINCIA: MADRID CP: 28007

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 20/3/2012

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>



Asociación
Española para
el Síndrome de
PRADER-WILLI

Avenida de los
Derechos Humanos, 20
28914 LEGANES (Madrid)
Tel: 91 533 68 29
asociacion@aespw.org
www.sindromepnaderwilli.org
C.I.F. N.º G-81128464



PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MAD - 107

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Natalia Roldan

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 666932225

EMAIL: Natirol@hotmail.com

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Julio Rodriguez Roldan

DIRECCIÓN: C/Virgen de la Alegria 11

LOCALIDAD: Madrid

PROVINCIA: Madrid

CP: 28027

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 3/12/2019

DNI:

DIAGNÓSTICO:

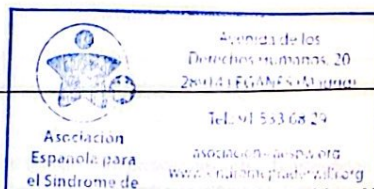
DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ NO**

(En caso afirmativo, especificar)



Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes, Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>



FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MAD-108

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: OSCAR YUGO

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 693643127

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**
(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: YUGO GARCIA, LUCIA

DIRECCIÓN: c(GREGORIO MARAÑON,107

LOCALIDAD: FUENLABRADA PROVINCIA :MADRID CP: 28942

TELÉFONO: 699511223

FECHA DE NACIMIENTO: 24/08/2018

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MAD-109

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO:

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: USAN GIL RUIZ CARMEN

DIRECCIÓN: c/ SAN LUIS 146, 2º A

LOCALIDAD: MADRID PROVINCIA: MADRID CP: 28033

TELÉFONO: 646113115

FECHA DE NACIMIENTO: 03/11/2019

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MAD - III

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: *Ane Herzguib Garcia*

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: *670729520*

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: *Jemena Herzguib Gaiduro*

DIRECCIÓN: *Dulce Chacón SI, B2B*

LOCALIDAD: *Madrid*

PROVINCIA: *Madrid* CP: *28050*

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO:

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

SÍ **NO**

OTROS TRATAMIENTOS:

SÍ **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión Inscripciones, donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos. Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MAD - 112

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS:

Karine Hinrichsen

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO:

626525994

EMAIL:

Karinahinrichsen@gmail.com

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? SÍ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS:

MARGOT BLAZQUEZ HINRICHSEN

DIRECCIÓN:

LOCALIDAD:

PROVINCIA:

CP:

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO:

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

SÍ NO

OTROS TRATAMIENTOS:

SÍ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la Información adicional Ubicación Puede consultar la Información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

705D-113

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: *Maica López Pérez*

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: *650773171*

EMAIL: *m.lopez@gruposantander.com*

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: *Autón Calascibetta López*

DIRECCIÓN: *Alvaro de Bazán 3, vivienda 6*

LOCALIDAD: *Boadilla del Monte* PROVINCIA:

CP: *28669*

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: *5/11/2023*

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

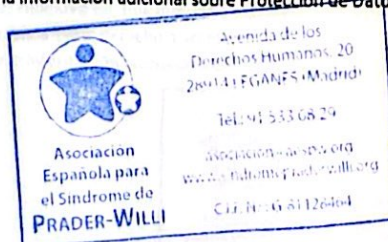
HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MAD-114

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: NATALIA RODRIGUEZ DIAZ

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 699908375

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: BAEZA RODRIGUEZ ESTELA

DIRECCIÓN: AVENIDA 21 DE MARZO,14 portal 2 1B

LOCALIDAD: TRES CANTOS MADRID PROVINCIA: MADRID CP: 28760

TELÉFONO: 659390106

FECHA DE NACIMIENTO: 08/07/2020

DNI: 30368051R

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: SÍ NO

OTROS TRATAMIENTOS: SÍ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>



Asociación
Española para
el Síndrome de
PRADER-WILLI

Avenida de los
Derechos Humanos, 20
28914 LEGANÉS (Madrid)

Tel: 91 533 68 29

asociacion@aespw.org
www.sindromepnaderwilli.org

C.I.F. N.º G 81128464



PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MAD-115

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: PALOMA CABAÑAS KEJÁRRAGA

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 636239331

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: PREGO CABAÑAS MARTA

DIRECCIÓN: C/VALLADOLID,36

LOCALIDAD: POZUELO DE ALARCON

PROVINCIA: MADRID CP: 28223

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 01/06/2004

DNI: 53814533F

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

SÍ NO

OTROS TRATAMIENTOS:

SÍ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>



Asociación
Española para
el Síndrome de
PRADER-WILLI

Avenida de los
Derechos Humanos, 20
28014 LEGANES (Madrid)

Tel: 91 533 68 29

asociacion@aespw.org
www.sindromepnaderwilli.org

C.I.F. B-16 61128464



PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

757 - 117

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS:

Gonzalo Garcia

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 6 65908696

EMAIL: gonzalogarcia20081@gmail.com

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS:

Gabriel Garcia Torrijó

DIRECCIÓN:

C/Argemone de Tausanado 34

LOCALIDAD:

Aldea del Fresno

PROVINCIA:

Madrid CP: 28620

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO:

19-06-2018

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

SÍ

NO

OTROS TRATAMIENTOS:

SÍ

NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi. Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MAD-118

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS:

Carmelo Javier Muñoz Ruiz

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO:

680 954694

EMAIL:

carmelo.javier.munoz.ruiz@gmail.com

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? ☐ SÍ ☒ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS:

Paula Domínguez San Felipe

DIRECCIÓN:

Ave. de la Javia 70, Portal M-1ºA

LOCALIDAD:

Madrid

PROVINCIA:

Madrid

CP: 28051

TELÉFONO:

4-07-2003

FECHA DE NACIMIENTO:

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

☐ SÍ

☒ NO

OTROS TRATAMIENTOS:

☐ SÍ

☒ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la Información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MAD-119

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Georgieva Stoyanka

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 667660458

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Simona Stoyanova Petrova

DIRECCIÓN: C/ San Fidel 91 3-A

LOCALIDAD: Madrid

PROVINCIA: Madrid

CP: 28017

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 8/12/2017

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

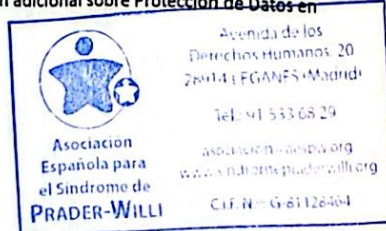
HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MAD-120

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Javier Lujan

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 6899449403

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Nora Lujan Ruiz

DIRECCIÓN: C/OÑA 65 5B

LOCALIDAD: Madrid

PROVINCIA: Madrid CP: 28050

TELÉFONO: 655 340760

FECHA DE NACIMIENTO: 18/1/2024

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

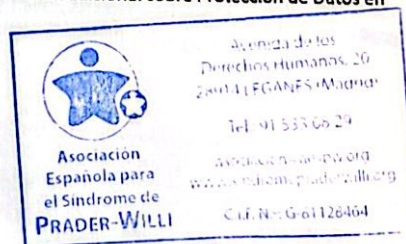
HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la Información adicional Ubicación Puede consultar la Información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MAD-121

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Cavina Granizo

FECHA DE NACIMIENTO: r

TELÉFONO: 637 929 327

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Nadira Aucaneela Granizo

DIRECCIÓN: c/ Leon Felipe 4 Bloque A

LOCALIDAD: Madrid

PROVINCIA: Madrid CP: 28038

TELÉFONO: 637 929 327

FECHA DE NACIMIENTO: 15/8/18

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>



Asociación
Española para
el Síndrome de
PRADER-WILLI

Avenida de los
Derechos Humanos, 20
28014 LEGANES (Madrid)
Tel: 91 533 68 29
asociacion@aespw.org
www.sindromepnaderwilli.org
C.I.F. N.º G-81128464



PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MAD-122

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Geovanna Salazar Torres

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 633827648

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? SÍ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Alberto Mantecón Salazar

DIRECCIÓN: Av. Montañeros 200 6c

LOCALIDAD: Madrid

PROVINCIA: Madrid CP: 28026

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 23/3/2024

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: SÍ NO

OTROS TRATAMIENTOS: SÍ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MAD-123

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO:

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ NO**
(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: VIOLETA MORALES URBANIAK

DIRECCIÓN: C/ DEL CHOPO 18

LOCALIDAD: EL ÁLAMNO PROVINCIA :MADRID CP: 28607

TELÉFONO: 648610680

FECHA DE NACIMIENTO:

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politicadeprivacidad>



Asociación
Española para
el Síndrome de
PRADER-WILLI

Avenida de los
Derechos Humanos, 20
28914 LEGANES (Madrid)
Tel: 91 533 68 29
asociacion@aespw.org
www.sindromeprader-willi.org
C.I.F. N.º G 81128404



PRADER-WILLI
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MAD-124

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO:

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: ALBERTO MANCEBÓN SALAZAR

DIRECCIÓN: AVENIDA DE MANZANARES 200 6º C

LOCALIDAD: MADRID PROVINCIA: MADRID CP: 28026

TELÉFONO: 665265595

FECHA DE NACIMIENTO:

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MEL-001

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Luis Mohamed.

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 660756059

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Hakim Mohamed Mohamed

DIRECCIÓN: C/ Coral 1 Portal 4 3H

LOCALIDAD: Melilla

PROVINCIA: Melilla

CP: 52006

TELÉFONO: 952691365

FECHA DE NACIMIENTO:

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MUR-004

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Alfonso Ruiz Del Borco

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 687522510

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Carmen Ruiz Ubago

DIRECCIÓN: C/CICLAHÉN 23 B1 4º C

LOCALIDAD: CARTAGENA

PROVINCIA: MURCIA

CP: 30205

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 30/12/2010

DNI: 244224489F

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión Inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la Información adicional. Ubicación Puede consultar la Información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

MUR-006

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Esther Fernandez Cantero

FECHA DE NACIMIENTO: 4/1/1986

TELÉFONO: 630487972

EMAIL:

DNI: 48448637B

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Abril Lopez Fernandez

DIRECCIÓN: C/Camino Huerta de Arriba 32C

LOCALIDAD: las Torres de Cotillas

PROVINCIA: Murcia CP: 30565

TELÉFONO: 630487972

FECHA DE NACIMIENTO: 9/11/18

DNI: 55195829S

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

NAV-004

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: ANA ANDOÑO CEBERIO

FECHA DE NACIMIENTO: 25/6/1959

TELÉFONO:

EMAIL:

DNI: 15939766F

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? SÍ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: ERIK MAHER ANDOÑO

DIRECCIÓN: LA BIRAMA N-5

LOCALIDAD: PUENTE LA REINA

PROVINCIA: NAVARRA CP: 31100

TELÉFONO: 626918657

FECHA DE NACIMIENTO: 5/1/1988

DNI: 7270084-M.

DIAGNÓSTICO:

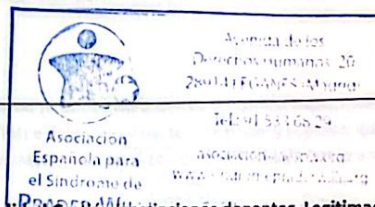
DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: SÍ NO

OTROS TRATAMIENTOS: SÍ NO

(En caso afirmativo, especificar)



Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, **Finalidad** Gestión inscripciones donantes. **Legitimación** por relación contractual. **Destinatarios** No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal **Derechos** Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional **Ubicación** Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>



PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

NAV-005

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Lucia Seminario

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 609251192

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Aitor Uterga Seminario

DIRECCIÓN: C/ Soto de Lezkairu 11 ex. 1 1-B

LOCALIDAD: Pamplona

PROVINCIA: Navarra CP: 31006

TELÉFONO: 94210193

FECHA DE NACIMIENTO: 24/11/2011

DNI: 73478060K

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

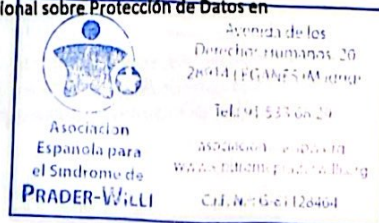
HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

NAV-006

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Patricia Palacios Palacios

FECHA DE NACIMIENTO: 8/7/1978

TELÉFONO: 689 2017 18

EMAIL:

DNI: 726926316

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Adrián Gárate Palacios

DIRECCIÓN: C/Manuel Martínez de Ubago 24 1B

LOCALIDAD: Pamplona

PROVINCIA: Navarra CP: 31012

TELÉFONO: 948215322

FECHA DE NACIMIENTO: 26/5/2012

DNI: 73510280A

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

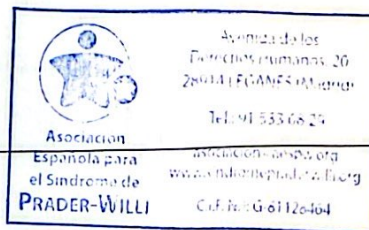
TRATAMIENTO GH:

SÍ **NO**

OTROS TRATAMIENTOS:

SÍ **NO**

(En caso afirmativo, especificar)



Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión Inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la Información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>



PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

NAV-007

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: REYDI Daniel Perez

FECHA DE NACIMIENTO: 7-4-1988

TELÉFONO: 692392216

EMAIL: 72817525P

DNI: 72817525P

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Denisse Daniela Perez

DIRECCIÓN: C/Agustin Garcia 16 4-B

LOCALIDAD: Villava

PROVINCIA: Navarra CP: 31610

TELÉFONO: 692392216

FECHA DE NACIMIENTO: 4/11/2006

DNI: 73136494J

DIAGNÓSTICO:

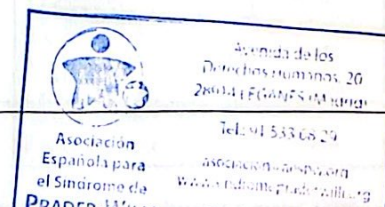
DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)



Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, **Finalidad** Gestión inscripciones donantes, **Legitimación** por relación contractual. **Destinatarios** No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal **Derechos** Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional **Ubicación** Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>



PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

NAV-008

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Saray González

FECHA DE NACIMIENTO: 6/5/1986

TELÉFONO: 622126586

EMAIL:

DNI: 72682552-E

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Adrián Uterga González

DIRECCIÓN: Av/Erripagana 15 3-B

LOCALIDAD: Burlada

PROVINCIA: Navarra CP: 31600

TELÉFONO: 948787923

FECHA DE NACIMIENTO: 3/11/2018

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)



Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión Inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>



PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

NAV009

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Ainhoa Ansa

FECHA DE NACIMIENTO: 3/12/1980

TELÉFONO: 645 727765

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Enaut Gesto Anba

DIRECCIÓN: Txara bareria, Xauxarko Iepoa

LOCALIDAD: Arano

PROVINCIA: Nafarroa CP: 31 754

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 13/5/2011

DNI:

DIAGNÓSTICO:

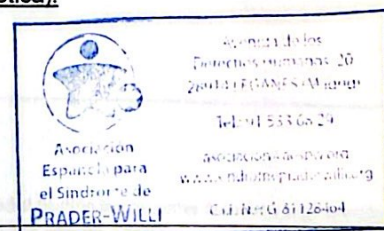
DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)



Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión Inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>



PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

NAV-010

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Itziar Abete Goni.

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 617748667

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? SÍ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Jon Abete Percheano

DIRECCIÓN: C/ Jaime Urutia 23 3º izq.

LOCALIDAD: Elizondo

PROVINCIA: Navarra CP: 31700

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 30/10/21

DNI: 081660626

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: SÍ NO

OTROS TRATAMIENTOS: SÍ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

NAV-011

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Ana María Montero Garayoa

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 619427444

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? SÍ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Xabier Palacios Montero

DIRECCIÓN: C/Conda de Iba 24 Bajo

LOCALIDAD: Pamplona

PROVINCIA: Navarra CP: 31015

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 1/5/23

DNI: 73125424R

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: SÍ NO

OTROS TRATAMIENTOS: SÍ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>



Asociación Española para el Síndrome de PRADER-WILLI

Ayuntamiento de los
Derechos Humanos 20
20014 (ECAR) Madrid
Tel: +34 91 533 08 29
asociacion@aespw.org
www.sindromepnaderwilli.org
CIF: N616-A1126664



PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

PV-003

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO:

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Mirem Ogñena

DIRECCIÓN: C/ Guputcoa 15

LOCALIDAD: San Sebastián

PROVINCIA: Guipúzcoa CP: 20004

TELÉFONO: 94 3426406

FECHA DE NACIMIENTO:

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

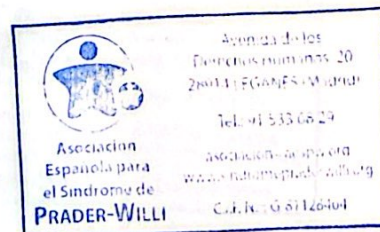
HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la Información adicional Ubicación Puede consultar la Información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

PV-004

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Alberto Horta Fernandez

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 687905591

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Paula Horta Perez

DIRECCIÓN: Nervión 24-A

LOCALIDAD: Barakaldo

PROVINCIA: Vizcaya CP: 48901

TELÉFONO: 944781570

FECHA DE NACIMIENTO: 15/6/2001

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

7V-006

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Patxi Muñoz

FECHA DE NACIMIENTO: 6/8/60

TELÉFONO:

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Alejandro Muñoz Harro

DIRECCIÓN: C/ Antonio Alzaga 3 1A.

LOCALIDAD: Santurce

PROVINCIA: Vizcaya

CP: 48980

TELÉFONO: 944839827

FECHA DE NACIMIENTO:

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

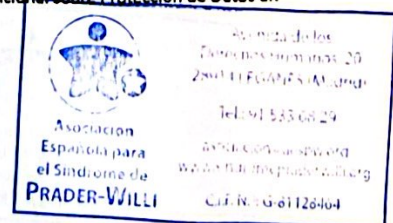
HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la Información adicional Ubicación Puede consultar la Información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

PV-007

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Nuria Perez

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 678418112

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Liner Bustero Perez

DIRECCIÓN: C/urre 17 Bajo

LOCALIDAD: Vitoria

PROVINCIA: Alava

CP: 01010

TELÉFONO: 678418112

FECHA DE NACIMIENTO:

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

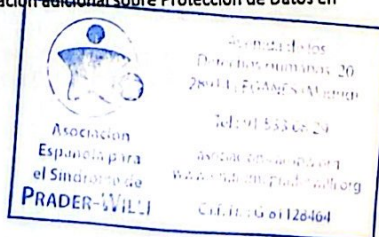
HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, **Finalidad** Gestión inscripciones donantes. **Legitimación** por relación contractual. **Destinatarios** No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal **Derechos** Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional **Ubicación** Puede consultar la Información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

PV-008

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Cristina Roman Echevarra

FECHA DE NACIMIENTO: 2-3-1963

TELÉFONO: 669678991

EMAIL:

DNI: 22721689-N

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Javier Galeon Roman

DIRECCIÓN: San Vicente N°40 5179.

LOCALIDAD: Barakaldo

PROVINCIA: Bizkaia CP: 48902

TELÉFONO: 669678991

FECHA DE NACIMIENTO: 19-11-1998

DNI:

DIAGNÓSTICO:

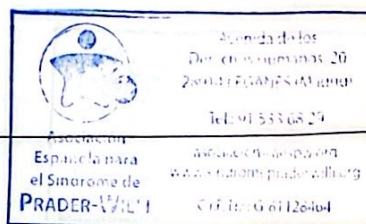
DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)



Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>



PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

PV-010

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Miren Begona Ondarra

FECHA DE NACIMIENTO: 27-10-1966

TELÉFONO: 665712063

EMAIL:

DNI: 30589417S

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Jon Ugartelex Ondarra

DIRECCIÓN: C/ Luis Libano 30-4-B

LOCALIDAD: Leioa

PROVINCIA: Bizkaia CP: 48940

TELÉFONO: 608021518

FECHA DE NACIMIENTO:

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

SÍ **NO**

OTROS TRATAMIENTOS:

SÍ **NO**

(En caso afirmativo, especificar)



Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>



PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

PV-011

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: JOSE LUIS RODRIGUEZ BLANCO

FECHA DE NACIMIENTO: 27-7-70

TELÉFONO: 607490896

EMAIL:

DNI: 227384104

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? SÍ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: OIER RODRIGUEZ PEREZ

DIRECCIÓN: Zumalakorreg 25 2ª

LOCALIDAD: Baracaldo

PROVINCIA: Vizcaya CP: 48903

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 25-12-10

DNI: 463681765

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: SÍ NO

OTROS TRATAMIENTOS: SÍ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

PVO13

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Elisa Ispizua Adamiz

FECHA DE NACIMIENTO: 13-10-76

TELÉFONO: 677692972

EMAIL: 306870907.

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? SÍ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Alain Crespo Ispizua

DIRECCIÓN: Celayetas N°49

LOCALIDAD: Gasteiz Artega

PROVINCIA: Bizkaia CP: 48314

TELÉFONO: 677692972

FECHA DE NACIMIENTO: 22-11-2015

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

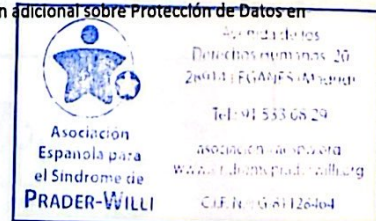
SÍ NO

OTROS TRATAMIENTOS:

SÍ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la Información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

7V014

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Manel Alonso Gago

FECHA DE NACIMIENTO: 5-8-1973

TELÉFONO: 615790422

EMAIL:

DNI: 11894792-C

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**
(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Maider Alonso Marquez

DIRECCIÓN: Plaza Francisco Jan de Ayala n.º 1 1.º.º.

LOCALIDAD: Leizor - Gasteiz

PROVINCIA: Alava CP: 01008

TELÉFONO: 615790422

FECHA DE NACIMIENTO: 25-11-2006

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión Inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la Información adicional Ubicación Puede consultar la Información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

71015

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Mohamed Nehoui

FECHA DE NACIMIENTO: 25-1-1963

TELÉFONO: 691753584

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ NO**
(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Noor El Houda Mehali Morras.

DIRECCIÓN: Pz. Baldomero Anabitarte 3 5-D

LOCALIDAD: San Sebastian

PROVINCIA: Guipúzcoa CP: 20011

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 14/8/2000

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

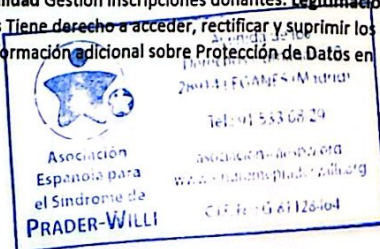
HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión Inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

PV-016

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Patxi Estrada

FECHA DE NACIMIENTO: 30/1/1980

TELÉFONO: 687717396

EMAIL:

DNI: 306090385 J

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? SÍ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Pablo Estrada

DIRECCIÓN: Joaquín Achúcarro Anisqueta 29 2ª

LOCALIDAD: Leica

PROVINCIA: Vizcaya CP: 48940

TELÉFONO: 687717396

FECHA DE NACIMIENTO: 2/8/18

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: SÍ NO

OTROS TRATAMIENTOS: SÍ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

2V-017

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Sergio Garcia Caceres

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 686627280

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Alejandro Garcia Sanchez

DIRECCIÓN: C/Hijos de la Ciudad 42

LOCALIDAD: Bilbao

PROVINCIA: Bizkaia CP: 48003

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 23/3/2018

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la Información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

PV-018

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Manuel Balcazar

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 635 9556 11

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Jennifer Rojas Balcazar

DIRECCIÓN: C/ Garabilla Margolai N°9 1 2a.

LOCALIDAD: Hungía

PROVINCIA: Vizcaya CP: 48100

TELÉFONO: 635 9556 11

FECHA DE NACIMIENTO: 10/10/2011

DNI: 79367507 B

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

VAL-001

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 686736030.

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Lara Sebastian López

DIRECCIÓN: C/ Campoamor 38

LOCALIDAD: Torrealba

PROVINCIA: Alicante CP: 03181

TELÉFONO: 965715120

FECHA DE NACIMIENTO:

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

VAL-012

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Esperanza Molina Gomez

FECHA DE NACIMIENTO: 3-8-1952

TELÉFONO:

EMAIL:

DNI: 178288176-R

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Lara Añicón Ruiz Molina

DIRECCIÓN: Ernesto Fendusa Mons N-6

LOCALIDAD: Burriana

PROVINCIA: Castellón CP: 12530

TELÉFONO: 964586711

FECHA DE NACIMIENTO: 24-1-1995

DNI: 53379676B

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

VAL-010

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Eva Morales Navarro

FECHA DE NACIMIENTO: 27-8-1970

TELÉFONO: 696878225

EMAIL:

DNI: 2149154E

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? SÍ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Esteban Vigrana Morales

DIRECCIÓN: AV. Deportista Muriom Blanco 18-B

LOCALIDAD: Alicante

PROVINCIA: Alicante CP: 03540

TELÉFONO: 965162517

FECHA DE NACIMIENTO: 1-6-2006

DNI: 48779185A

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

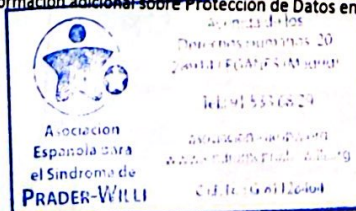
SÍ NO

OTROS TRATAMIENTOS:

SÍ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión Inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

VAL-0.41

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Antonio Arjona

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 649494808

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? SÍ NO

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Antonio Montañud Arjona

DIRECCIÓN: c/Cura Planelles, 31

LOCALIDAD: Alicante

PROVINCIA: Alicante CP: 03011

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: 31/3/2004

DNI: 487621896

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: SÍ NO

OTROS TRATAMIENTOS: SÍ NO

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión Inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>





PRADER-WILLI FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

VAL-042

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Ruth Garcia Pereal

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO: 644 555 346

EMAIL:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS: Miguel Botella Garcia

DIRECCIÓN: C/ Pdo 2 Bajo

LOCALIDAD: Elche

PROVINCIA: Alicante CP: 03139

TELÉFONO: 609704461

FECHA DE NACIMIENTO: 23/9/2009

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

Protección de Datos. Responsable Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, Finalidad Gestión inscripciones donantes. Legitimación por relación contractual. Destinatarios No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Ubicación Puede consultar la información adicional sobre Protección de Datos en <https://aespw.org/politica-de-privacidad>

