



2023 FBDC REGISTRATION FORM - ADULT

Please complete this Registration Form for each ADULT, answer all questions, print clearly, and return the form(s) with your registration fee to reserve your attendance and hotel room.

SECTION 1- ATTENDEE INFORMATION

Dr. Mr. Mrs. Ms.

First Name Initial Last Name Suffix (i.e., Jr, Sr)

Home/Mailing Address

City State Zip Code Country

E-Mail Address

Phone #

Date of Birth (MM/DD/YYYY)

Florida Hemophilia Association works to serve the bleeding disorders community in diverse, inclusive, and equitable ways. Information contained within this form is private, confidential, and will not be used for any purpose other than communication with you and conference planning.

Please select the option(s) that best describe you:

Gender: Male Female Transgender Prefer Not to Say Other: _____

Racial/Ethnic Background: White/Caucasian Black/African American Hispanic Native American
 Asian Pacific Islander Prefer Not to Say Other: _____

SECTION 2- BLEEDING DISORDER INFORMATION

Is this your first time attending the FHA Florida Bleeding Disorders Conference? Yes No

Which of the following describes you?

- Person with a bleeding disorder
 Parent/caretaker of a person with a bleeding disorder
 Family member of a person with a bleeding disorder

Type of bleeding disorder:

- Hemophilia A Hemophilia B VWD
 Other: _____

Please indicate the type of healthcare coverage you currently have:

- Private Insurance (Job/Employer) ACA/Marketplace Medicare Florida Medicaid Other: _____

Hemophilia Treatment Center (HTC) or Hematologist: _____

Specialty Pharmacy/Homecare Company's name: _____

REGISTER TO RESERVE YOUR SPOT!

2023 Florida Bleeding Disorders Conference Registration Deadline:

FRIDAY - MAY 26, 2023

3 WAYS TO REGISTER

EMAIL:

Attach the completed form(s) as photos or a PDF and send to: info@floridahemophilia.org

U.S. MAIL:

Mail completed form(s) and payment to: Florida Hemophilia Association, 915 Middle River Drive, Suite 501, Fort Lauderdale, FL 33304

FAX:

954.900.5149

SECTION 3- EVENT INFORMATION

Florida Hemophilia Association institutes a \$60 registration fee for its conferences, covering up to 4 (four) family members per room. For larger families, additional hotel rooms are available and require an additional \$60 registration fee.

Registration: \$60 – Up to 4 (four) family members per room **Total Registration Amount:** \$ _____ **# of Hotel Rooms Requested:** _____

Method of Payment (Check One): PayPal Money Order Check (Payable to: Florida Hemophilia Association)

Arrival/Check-In Time, Friday, June 23, 2023: (Check One) 1:00 – 3:00 PM 5:00 – 6:30 PM

Room Guarantee: Please include your credit card information below to guarantee your room reservation with Florida Hemophilia Association at the 2023 FBDC. In cases of conference no-shows or failure to cancel FBDC registrations by **June 20, 2023**, FHA reserves the right to charge the card on file for the 2-night stay at the hotel.

MasterCard Visa Discover American Express **Credit Card #:** _____ **Exp. Date:** _____ **Security Code:** _____

ATTENDEE SIGNATURE: _____

Attendance at Florida Hemophilia Association events implies consent to photo, video, and audio recordings used for communications, public relations, and/or promotional purposes. Please contact us to opt out.



2023 FBDC FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN - ADULTO

Por favor, complete un formulario de inscripción para **cada ADULTO**, responda a todas las preguntas, escriba claramente y devuelva el formulario(s) con su tarifa de inscripción para reservar su asistencia y habitación de hotel.

SECCIÓN 1- INFORMACIÓN DEL ASISTENTE

Dr./Dra. Sr. Sra. Srta.

Nombre Inicial Apellido Sufijo (i.e., Jr, Sr)

Dirección de casa/postal

Ciudad Estado Código postal País

Dirección de correo electrónico

Número de teléfono

Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY)

La Asociación de Hemofilia de Florida trabaja para servir a la comunidad de trastornos hemorrágicos de maneras diversas, inclusivas y equitativas. La información contenida en este formulario es privada, confidencial y no se utilizará para ningún otro propósito que no sea la comunicación con usted y la planificación de la conferencia.

Por favor seleccione la(s) opción(es) que mejor lo describa:

Género: Hombre Mujer Transgénero Prefiere no decir Otro: _____

Origen racial/étnico: Blanco/caucásico Negro/afroamericano Hispano Nativo americano Asiático Isleño del Pacífico Prefiere no decir Otro: _____

SECCIÓN 2- INFORMACIÓN SOBRE TRASTORNO HEMORRÁGICO

¿Es la primera vez que asiste a la Conferencia de Trastornos Hemorrágicos de Florida (FBDC)? Sí No

¿Cuál de las siguientes opciones te describe?

- Persona con un trastorno hemorrágico
 Padre/cuidador de una persona con un trastorno hemorrágico
 Familiar de una persona con un trastorno hemorrágico

Tipo de trastorno hemorrágico:

- Hemofilia A Hemofilia B VWD
 Otro: _____

Por favor indique el tipo de seguro médico que tiene actualmente:

- Seguro privado (trabajo/empleador) ACA/Marketplace Medicare Florida Medicaid Otro: _____

Centro de Tratamiento de Hemofilia (HTC) o Hematólogo/a:

Nombre de su farmacia especializada:

¡REGÍSTRESE PARA RESERVAR SU LUGAR!

Fecha límite de inscripción a la Conferencia de Trastornos Hemorrágicos de Florida 2023:
VIERNES - 26 DE MAYO DE 2023

3 FORMAS DE REGISTRARSE

CORREO ELECTRÓNICO:

Adjunte el(los) formulario(s) completado(s) como fotos o un PDF y envíelos a: info@floridahemophilia.org

CORREO/SERVICIO POSTAL:

Envíe la(s) forma(s) completada(s) y el pago a: Florida Hemophilia Association, 915 Middle River Drive, Suite 501, Fort Lauderdale, FL 33304

FAX:

954.900.5149

SECCIÓN 3- INFORMACIÓN DEL EVENTO

La Asociación de Hemofilia de Florida instituye una cuota de inscripción de \$60 para sus conferencias, que cubre hasta 4 (cuatro) familiares por habitación. Para familias más grandes, hay habitaciones de hotel adicionales disponibles y requieren una cuota de inscripción adicional de \$60.

Inscripción: \$60 – Hasta 4 (cuatro) miembros de la familia por habitación Monto total de la inscripción: \$ _____ # de habitaciones de hotel: _____

Método de pago (Marque uno): PayPal Money Order/Giro Postal Cheque (Pagadero a: Florida Hemophilia Association)

Hora de llegada/check-in, Viernes 23 de junio de 2023: (Marque uno) 1:00 – 3:00 PM 5:00 – 6:30 PM

Garantía de habitación: Incluya la información de su tarjeta de crédito a continuación para garantizar su reserva de habitación con la Asociación de Hemofilia de Florida para el FBDC 2023. En caso de no presentarse a la conferencia o no cancelar las inscripciones de FBDC antes del **20 de junio de 2023**, la FHA se reserva el derecho de cargar la tarjeta registrada para la estadía de 2 noches en el hotel.

MasterCard Visa Discover American Express # de tarjeta: _____ Fecha de expiración: _____ Código de seguridad: _____

FIRMA DEL ASISTENTE: _____

La asistencia a los eventos de la Asociación de Hemofilia de Florida implica el consentimiento para grabaciones de fotos, videos y audio utilizadas para comunicaciones, relaciones públicas y/o fines promocionales. Por favor, póngase en contacto con nosotros para optar por no participar.



40TH ANNUAL FLORIDA BLEEDING DISORDERS CONFERENCE

JUNE 23 – 25, 2023

MARRIOTT WEST PALM BEACH
1001 OKEECHOBEE BLVD.
WEST PALM BEACH, FL 33401

2023 FBDC REGISTRATION FORM - KIDS & TEENS

Please complete this form for each CHILD/MINOR, answer all questions, print clearly, and return the form(s).

SECTION 1- ATTENDEE INFORMATION

Name of Child/Minor _____

Home/Mailing Address _____

City _____ State _____ Zip Code _____ Country _____

Date of Birth (MM/DD/YYYY) _____

Age on FBDC Day 1 (Jun. 23) _____

Florida Hemophilia Association works to serve the bleeding disorders community in diverse, inclusive, and equitable ways. Information contained within this form is private, confidential, and will not be used for any purpose other than communication with you and conference planning.

Please select the option(s) that best describe your Child/Minor:

Gender: Male Female Prefer Not to Say Other: _____

Racial/Ethnic Background: White/Caucasian Black/African American Hispanic Native American
 Asian Pacific Islander Prefer Not to Say Other: _____

Allergies: _____ **Dietary Restrictions:** _____

Does your Child/Minor have any medical concerns/prescriptions we should be aware of? Yes No

If Yes, please explain: _____

Name of Parent/Guardian Attending Conference _____

Relationship to Child/Minor _____

Cell Phone # _____

SECTION 2- BLEEDING DISORDER INFORMATION

Which of the following describes your Child/Minor?

- Person with a bleeding disorder
 Family member of a person with a bleeding disorder

Type of bleeding disorder:

- Hemophilia A Hemophilia B VWD
 Other: _____

Please indicate the type of healthcare coverage your Child/Minor has:

- Private Insurance (Parent/Guardian's Job/Employer) ACA/Marketplace Other: _____

Florida KidCare: Medicaid for Children CMS Health Plan MediKids Florida Healthy Kids

Hemophilia Treatment Center (HTC) or Hematologist: _____

Specialty Pharmacy/Homecare Company's name: _____

REGISTER TO RESERVE THEIR SPOT IN OUR KIDS & TEEN PROGRAMS!

2023 Florida Bleeding Disorders Conference Registration Deadline:

FRIDAY - MAY 26, 2023

Will your Child/Minor be participating in the Kids or Teen Program? Yes No If Yes, please check the appropriate box below:

- Program for Kids (Ages 0 – 6 Years) Program for Older Kids (Ages 7 – 12 Years) Program for Teens (Ages 13+ Years)

Note: There is no onsite registration for the Kids & Teen Programs.

3 WAYS TO REGISTER

EMAIL:

Attach the completed form(s) as photos or a PDF and send to: info@floridahemophilia.org

U.S. MAIL:

Mail completed form(s) and payment to: Florida Hemophilia Association, 915 Middle River Drive, Suite 501, Fort Lauderdale, FL 33304

FAX:

954.900.5149

SECTION 3- RELEASE OF LIABILITY

I understand that portions of the FHA Florida Bleeding Disorders Conference Kids & Teen Programs may be physically demanding. I affirm that my Child/Minor's health is good and that they are not under a physician's care for any undisclosed condition that might endanger their health or that of other participants. I affirm that, if my Child/Minor has a bleeding disorder that requires infusion treatment, I am responsible for ensuring that I will infuse my Child/Minor or my Child/Minor will self-infuse as needed in order for them to safely participate. I understand that FHA employees cannot administer medication, prescribed or otherwise, to my Child/Minor. I understand that I assume the risk of my Child/Minor's possible injury, loss, or damage during participation on or off the premises, and that FHA, its volunteers, staff, and the conference venue are not liable. In the event of an emergency, I understand that an effort will be made to contact me. If contact is impossible, I give permission for emergency medical attention, including but not limited to treatment as recommended by an attending physician, to be administered to my Child/Minor. I understand that I am responsible for any medical cost incurred.

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE: _____



2023 FBDC FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN - NIÑOS Y ADOLESCENTES

Complete este formulario para cada NIÑO/MENOR, responda todas las preguntas, escriba claramente y devuelva el formulario(s).

SECCIÓN 1- INFORMACIÓN DEL ASISTENTE

Nombre of Child/Minor _____

Dirección de casa/postal _____

Ciudad _____

Estado _____

Código postal _____

País _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY) _____

Edad en FBDC Día 1 (23 de junio) _____

La Asociación de Hemofilia de Florida trabaja para servir a la comunidad de trastornos hemorrágicos de maneras diversas, inclusivas y equitativas. La información contenida en este formulario es privada, confidencial y no se utilizará para ningún otro propósito que no sea la comunicación con usted y la planificación de la conferencia.

Por favor seleccione la(s) opción(es) que mejor describa a su hijo/menor:

Género: Masculino Femenino Prefiere no decir Otro: _____

Origen racial/étnico: Blanco/caucásico Negro/afroamericano Hispano Nativo americano
 Asiático Isleño del Pacífico Prefiere no decir Otro: _____

Alergias: _____ Restricciones dietéticas: _____

¿Su hijo/menor tiene algún problema médico o recetas que debamos tener en cuenta? Sí No

En caso que Sí, por favor explique: _____

Nombre del padre/tutor que asiste a la conferencia _____

Relación con el niño/menor _____

de teléfono celular _____

SECCIÓN 2- INFORMACIÓN SOBRE TRASTORNO HEMORRÁGICO

¿Cuál de las siguientes opciones describe a su hijo/menor?

- Persona con un trastorno hemorrágico
 Familiar de una persona con un trastorno hemorrágico

Tipo de trastorno hemorrágico:

- Hemofilia A Hemofilia B VWD
 Otro: _____

Por favor, indique el tipo de seguro médico que tiene su hijo/menor actualmente:

- Seguro privado (trabajo del padre/tutor/empleador) ACA/Marketplace Otro: _____
Florida KidCare: Medicaid para niños Plan de salud de CMS MediKids Florida Healthy Kids

Centro de Tratamiento de Hemofilia (HTC) o Hematólogo/a: _____

Nombre de su farmacia especializada: _____

¡RESERVE SU LUGAR EN NUESTROS PROGRAMAS PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES!

Fecha límite de inscripción a la Conferencia de Trastornos Hemorrágicos de Florida 2023:

VIERNES - 26 DE MAYO DE 2023

¿Su hijo/menor participará en el programa para niños o adolescentes? Sí No En caso que Sí, marque a continuación:

- Programa para niños (0 – 6 años) Programa para niños mayores (7 – 12 años) Programa para adolescentes (13+ años)

Nota: No hay registro en el sitio para los programas para niños y adolescentes.

3 FORMAS DE REGISTRARSE

CORREO ELECTRÓNICO:

Adjunte el(los) formulario(s) completado(s) como fotos o un PDF y envíelos a: info@floridahemophilia.org

CORREO/SERVICIO POSTAL:

Envíe la(s) forma(s) completada(s) y el pago a: Florida Hemophilia Association, 915 Middle River Drive, Suite 501, Fort Lauderdale, FL 33304

FAX:

954.900.5149

SECCIÓN 3- RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD

Entiendo que porciones de los Programas para Niños y Adolescentes de la Conferencia de Trastornos Hemorrágicos de Florida pueden ser físicamente exigentes. Afirmo que la salud de mi hijo / menor es buena y que no están bajo el cuidado de un médico por ninguna condición no revelada que pueda poner en peligro su salud o la de otros participantes. Afirmo que, si mi hijo/menor tiene un trastorno hemorrágico que requiere tratamiento de infusión, soy responsable de asegurarme de administrar una infusión a mi hijo/menor o que mi hijo/menor se infundirá según sea necesario para que puedan participar de manera segura. Entiendo que los empleados de la FHA no pueden administrar medicamentos, recetados o no, a mi hijo/menor. Entiendo que asumo el riesgo de posibles lesiones, pérdidas o daños de mi hijo/menor durante la participación dentro o fuera del lugar de la conferencia, y que la FHA, sus voluntarios, personal y el lugar de la conferencia no son responsables. En caso de emergencia, entiendo que se intentará ponerse en contacto conmigo. Si el contacto es imposible, doy permiso para que se administre atención médica de emergencia, incluido el tratamiento recomendado por un médico tratante, a mi hijo / menor. Entiendo que soy responsable de cualquier costo médico incurrido.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR: _____

La asistencia a los eventos de la Asociación de Hemofilia de Florida implica el consentimiento para grabaciones de fotos, videos y audio utilizadas para comunicaciones, relaciones públicas y/o fines promocionales. Por favor, póngase en contacto con nosotros para optar por no participar.