

# FORMULARIO DE INSCRIPCION

Por favor, conteste todas las preguntas

## INFORMACIÓN DEL ASISTENTE

Dr.  Sr.  Sra.  Srta.

Nombre  Inicial  Apellido  Sufijo (Jr., Sr.)

Dirección postal (Indique:  Casa  Trabajo)

Ciudad  Estado  Código postal  País

Dirección de correo electrónico

Teléfono residencial

Teléfono celular

Escriba claramente en letra de molde o a máquina y llene un formulario de inscripción por cada persona adulta. Haga copias del formulario si es necesario.

¿Es esta su primera reunión anual de la FHA?  Si  No

## Llene la siguiente información

(Nota: Su información es confidencial y puede ayudarnos a planificar/desarrollar nuevos programas para su beneficio)

### Seleccione uno:

**A. Consumidor**  Persona con un trastorno hemorrágico  Pariente de una persona con un trastorno hemorrágico

Tipo de enfermedad:  Hemofilia A  Hemofilia B  VWD  
 Otro \_\_\_\_\_

Sexo  M  F  Transgénero Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Origen Étnico/Racial:  Blanco  Afroamericano  Hispano  Asiático/Isleño del Pacífico  
 Indio estadounidense  Otro \_\_\_\_\_

### Inscripción

Usted debe enviar su inscripción a más tardar el **13 de junio de 2022**. **\$60 por hasta cuatro (4) personas por habitación**  
*Habitaciones adicionales conllevarán un cargo de \$60*

Cantidad Total Adjunta Total \$ \_\_\_\_\_

### Inscríbase aquí para la preconferencia sobre salud mental el viernes, 22 de julio

Marque la casilla si le gustaría participar en el programa. **La preconferencia comenzará a las 2:30 p.m.**

### ESTARÉ LLEGANDO EL DÍA Viernes 7/22 Y MI REGISTRO DE SALIDA Domingo 7/24

FORMA DE PAGO: (marque uno)  Cheque  Giro Postal  Paypal

**Haga los cheques o giros postales pagaderos a:** Florida Hemophilia Association

Favor de enviar cheque o giro postal para su cuota de inscripción.

**GARANTÍA DE HABITACIÓN:** Favor de incluir información de tarjeta de crédito solamente para garantizar la habitación. El cargo a su tarjeta de crédito se hará únicamente si usted no cancela su reservación con la FHA en o antes del 19 de julio de 2022.

Información de tarjeta de crédito para garantizar su habitación:  MasterCard  Visa  Discover  American Express

# de tarjeta: \_\_\_\_\_ Fecha de expiración: \_\_\_\_\_ Cod. Seguridad: \_\_\_\_\_  
*Mes/Año*

### FIRMA

*La inscripción a la Reunión Anual de la FHA y al Programa para Niños/Adolescentes implica consentimiento para que la FHA pueda utilizar cualquier foto, video o grabación obtenidos durante el programa de la reunión y las actividades relacionadas con la FHA en la cobertura publicitaria de la Reunión Anual y para objetivos promocionales. Por favor, notifique a la FHA si usted no desea que se use la foto de su hijo.*



FLORIDA HEMOPHILIA ASSOCIATION

for all bleeding disorders

## 39<sup>th</sup> CONFERENCIA ANUAL DE TRASTORNOS HEMORRÁGICOS DE FLORIDA

22 AL 24 DE JULIO DE 2022

MARRIOTT PALM BEACH GARDENS

4000 RCA BLVD.

PALM BEACH GARDENS, FL 33410

### Ocupación/compañía

Nombre de su compañía de servicios médicos a domicilio.

Nombre del Centro para el Tratamiento de la Hemofilia y/o hematólogo.

Indique cuál de estos programas recibe, si alguno

Healthy Kids  Medicaid  CMS

Medicare  Otro \_\_\_\_\_

Seguro Privado

Compañía de seguro: \_\_\_\_\_

**La asistencia es obligatoria para cumplir con las reglas de la actividad.**

### ENVÍE LOS FORMULARIOS A:

Florida Hemophilia Association

Attn: Debbi Adamkin

915 Middle River Drive,

Suite 501

Fort Lauderdale, FL 33304

info@floridahemophilia.org

Fax: 954-900-5149

