

# 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/developar 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 \$ \_\_\_\_\_

Inscríbese 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

## 39ª 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: Debby Adamkin  
915 Middle River Drive,  
Suite 501  
Fort Lauderdale, FL 33304

info@floridahemophilia.org  
Fax: 954-900-5149

# FORMULARIO DE INSCRIPCION para NIÑOS y ADOLESCENTES

Por favor, conteste todas las preguntas

**NOTA:** Escriba claramente en letra impresa o a máquina y llene un formulario de inscripción por **cada niño**. Haga copias del formulario si es necesario.

## INFORMACIÓN DE LA PERSONA ASISTENTE

Nombre del niño

Ciudad Estado Código postal País

Sexo: ☐ M ☐ F

Fecha de Nacimiento (mes/día/año) Edad en la fecha de la reunión

☐ Dr. ☐ Sr. ☐ Sra. ☐ Srta.

Nombre y apellido del padre/tutor que asistirá a la reunión Relación con el niño

Número de Teléfono durante el día (incluido el código de área)

Número del localizador o celular del padre/tutor (para ubicarlo en caso de una emergencia - **requerido**)

## Llene la siguiente información

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

**Consumidor:** ☐ Persona con un trastorno hemorrágico ☐ Pariente de una persona con un trastorno hemorrágico

**Tipo de enfermedad:** ☐ Hemofilia A ☐ Hemofilia B ☐ VWD ☐ Otra \_\_\_\_\_

**Origen Étnico/Racial:** ☐ Blanco ☐ Afroamericano ☐ Hispano ☐ Asiático/Isleño del Pacífico

☐ Indio estadounidense ☐ Otro \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo algún problema médico, alergias, incapacidades limitantes, ó está tomando algún medicamento (recetado o no)? ☐ Si ☐ No Si la respuesta es Si, por favor explique (los empleados de la FHA no pueden administrar medicamentos a los participantes del programa)

## Renuncia de Responsabilidades

Entiendo que algunas partes del Programa para Niños/Adolescentes de la reunión anual de la FHA podrían requerir esfuerzos físicos. Por la presente yo afirmo que la salud de mi hijo es buena y que él/ella no se encuentra bajo cuidado médico por ninguna afección no revelada que pudiera poner en peligro su salud o la de los demás participantes. Entiendo que cada participante asume el riesgo de cualquier posible lesión, pérdida o daño durante su participación. En caso de una emergencia, yo entiendo que se hará el esfuerzo de contactarme. Yo también estoy de acuerdo en permanecer en el lugar (en el hotel) durante el Programa. Si es imposible contactarme, autorizo a que se le administre a mi hijo atención médica de emergencia, incluido el tratamiento que recomiende el médico que lo atienda. Entiendo que soy responsable por todos los gastos médicos incurridos.

Firma del padre/tutor

Fecha

**Las Inscripciones para los programas de Niños/Adolescentes deberán ser enviadas a más tardar el 13 de junio de 2022 No se podrá inscribir para este programa directamente en el lugar.**

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

## 39ª 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

¿Participará su hijo en el programa de niños (Kids) o de jóvenes (Teens)?

☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, marque la casilla correspondiente

☐ Programa para niños: 0-6 años

☐ Programa para niños mayores: 7-12 años

☐ Programa para adolescentes: 13+ años

**NOTA: NO SE PODRÁ INSCRIBIR  
PARA ESTE PROGRAMA DIRECTAMENTE  
EN EL LUGAR**

## INFORMACIÓN IMPORTANTE

### 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