

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

Fecha de Nacimiento (mes, día, año)

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 _____

¿Tiene alguna alergia alimentaria o capacidades limitantes que deberíamos tener en cuenta?

Por favor explique _____

Inscripción

Usted debe enviar su inscripción a más tardar el **22 de Agosto del 2022**

\$60 por hasta cuatro (4) personas por habitación

Habitaciones adicionales conllevarán un cargo de \$60

Cantidad Total Adjunta Total \$ _____

(Favor de contactarnos si necesita ayuda con la tarifa de registro)

☐ 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 26 de Septiembre del 2022

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

de tarjeta: _____ Fecha de expiración: _____

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

CONFERENCIA LATINA

30 DE SEPTIEMBRE AL
2 DE OCTUBRE DE 2022

WESTIN CAPE CORAL RESORT
AT MARINA VILLAGE
5951 SILVER KING BOULEVARD
CAPE CORAL, FL 33914

Ocupación/compañía

Nombre de su compañía de servicios médicos a domicilio.

Indique los medicamentos y los fabricantes de los productos para trastornos hemorrágicos que usa su familia.

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

o por correo electrónico:
info@floridahemophilia.org

o 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 22 de Agosto del 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

CONFERENCIA LATINA

30 DE SEPTIEMBRE AL
2 DE OCTUBRE DE 2022

WESTIN CAPE CORAL RESORT
AT MARINA VILLAGE
5951 SILVER KING BOULEVARD
CAPE CORAL, FL 33914

¿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

o por correo electrónico:
info@floridahemophilia.org

o Fax: 954-900-5149