

FORMULARIO DE INSCRIPCION

Por favor, conteste todas las preguntas

INFORMACIÓN DEL ASISTENTE

Dr. Sr. Sra. Srt.

Nombre *Initial* 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/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 _____

¿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 contáctenos 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 reserva 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, sí 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

o por correo electrónico:
info@floridahemophilia.org

o Fax: 954-900-5149

