

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Por favor, conteste todas las preguntas



FLORIDA HEMOPHILIA ASSOCIATION
for all bleeding disorders

CONFERENCIA LATINA

10 AL 12 DICIEMBRE DE 2021

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

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)

Ocupación/compañía

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? Sí 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 **29 de octubre del 2021**.

\$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 reservación con la FHA en o antes del 7 de diciembre del 2021.

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.

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: _____

Se requiere prueba de la vacuna Covid-19, o una prueba negativa del Covid-19 para participar en la conferencia.

(Adultos y niños mayores de 12 años)

Requerido para participar en la Conferencia:

Indique cuál:

Prueba de la vacuna Covid-19

Prueba NEGATIVA de Covid-19, 48 horas antes de la asistencia a la conferencia

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

dadamkin@floridahemophilia.org

Fax: 954-900-5149

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN 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 29 de octubre del 2021. 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

10 AL 12 DICIEMBRE DE 2021

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

Se requiere prueba de la vacuna Covid-19, o una prueba negativa del Covid-19 para participar en la conferencia.

(Adultos y niños mayores de 12 años)

Requerido para participar en la Conferencia:

Indique cuál:

- Prueba de la vacuna Covid-19
- Prueba NEGATIVA de Covid-19, 48 horas antes de la asistencia a la conferencia

ENVÍE LOS FORMULARIOS A:

Florida Hemophilia Association
Attn: Debbi Adamkin
915 Middle River Drive,
Suite 501
Fort Lauderdale, FL 33304

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