

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Por favor, conteste todas las preguntas



FLORIDA HEMOPHILIA ASSOCIATION
for all bleeding disorders

34vo SIMPOSIO ANUAL PARA LAS FAMILIAS

AGOSTO 3 - 6, 2017

EMBASSY SUITES BY HILTON
WEST PALM BEACH CENTRAL
1601 BELVEDERE RD.,
WEST PALM BEACH, FL 33406

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Dr. Sr. Sra. Srta.

Nombre Inicial Apellido Sufijo (Jr., Sr.)

Dirección Postal (Indique: Casa Trabajo)

Ciudad Estado Código Postal País

Dirección de Correo Electrónico

Número de Teléfono en casa

Número de Teléfono Celular

Ocupación/Compañía

Nombre de su compañía de farmacia especializada.

Por favor escriba claramente en letra de molde ó a maquinilla y llene un formulario de inscripción por cada persona adulta. Duplique el formulario si lo es necesario.

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

Por favor llene la siguiente información (opcional)

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

Seleccione uno:

A. Consumidor Persona con un desorden de sangrado Pariente de la persona con un desorden de sangrado
Tipo de enfermedad: Hemophilia A Hemophilia B VWD
 Otro _____

B. Proveedor Médico Enfermero Trabajador Social Físico-terapeuta
 Otro _____

Género M F Fecha de Nacimiento: _____

Antecedente Étnico/Racial: Caucásico Africano-Americano Latino Asiático/Isleño del Pacífico
 Nativo Americano Otro _____

Información de Inscripciones y Membresías y Costos \$60 por familia de 4 (familia inmediata)
Usted debe enviar su inscripción a más \$5 por cada hijo adicional (familia inmediata)
tardar el **13 de junio** del 2017.

Cantidad Total Adjunta Total \$ _____

ESTERÉ LLEGANDO EL DÍA Jueves 8/3 Viernes 8/4 **Y MI REGISTRO DE SALIDA** Dom. 8/6

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

Haga los cheques ó giros postales pagaderos a: Florida Hemophilia Association
Favor de enviar cheque o giro postal para su cuota de inscripción.

GARANTIA DE CUARTO: Favor de incluir información de tarjeta de crédito solamente para garantizar el cuarto. Su tarjeta de crédito será debitado únicamente si usted no cancela su reservación con la FHA en o antes del 31 de julio de 2017.

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

de tarjeta: _____ Fecha de expiración: _____

FIRMA

Su inscripción a la Reunión Anual de la FHA y al Programa para Niños/Adolescentes otorga consentimiento para utilizar cualquier foto, video ó grabación obtenidos durante el programa de la reunión y los eventos relacionados con la FHA en la cobertura publicitaria de la Reunión Anual para objetivos promocionales. Por favor notifique a la FHA si usted no desea que la foto de su hijo sea utilizada.

Nombres de medicaciones y manufactureros de productos para enfermedades de sangre que usa su familia.

El nombre del Centro de Tratamiento de Hemofilia y/o Hematólogo.

¿Recibe beneficios de alguno de estos programas?

Healthy Kids Medicaid CMS

Medicare Otro _____

Seguro Privado

Agente de seguro: _____

Asistencia a todas las simposios es mandatorio para cumplir con las reglas del evento.

ENVÍE A:

Florida Hemophilia Association
Attn: Debbi Adamkin
915 Middle River Drive,
Suite 421
Fort Lauderdale, FL 33304
Tel: 305-235-0717
Fax: 954-900-5149

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN para NIÑOS y ADOLESCENTES

Por favor, conteste todas las preguntas

NOTA: Por favor escriba claramente en letra imprenta ó a máquina y llene un formulario de inscripción por **cada niño**. Duplique el formulario si lo es necesario.

INFORMACIÓN DE LA PERSONA ASISTENTE

Nombre del Niño

Ciudad Estado Código Postal País

Género: M F

Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año) Edad en la fecha de la reunión

Dr. Sr. Sra. Srta.

Nombre y Apellido del Padre/Guardián asistiendo a la Reunión Parentesco con el Niño

Número de Teléfono durante el día (incluyendo el Código de Área)

Número del Teléfono Móvil del Padre/Guardián (para ubicarlo en caso de una emergencia - **requerido**)

Por favor llene la siguiente información

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

Consumidor: Persona con una enfermedad hemorrágica Pariente de la persona con una enfermedad hemorrágica

Tipo de enfermedad: Hemofilia A Hemofilia B VWD Other _____

Antecedente Caucásico Africano-Americano Latino Asiático/Isleño del Pacífico

Étnico/Racial: Nativo Americano Otro _____

¿Tiene su hijo algún problema médico, alergias, incapacidades limitantes, ó está tomando algún medicamento (recetado ó de otra manera)? 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

Yo tengo por entendido que algunas partes del Programa para Niños/Adolescentes de la reunión anual de la FHA podrá 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 una condición médica no revelada que pueda poner en peligro su salud ó la de los demás participantes. Yo tengo por entendido que cada participante asume riesgo a cualquier posible lesión, pérdida ó daño durante su participación. En caso de cualquier 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, yo doy consentimiento a una atención médica de emergencia, incluyendo el tratamiento a ser administrado a mi hijo que sea recomendado por el médico prestando la atención. Yo tengo por entendido que soy responsable por cualquiera de los gastos médicos incurridos.

Firma del Padre/Guardián

Fecha

Las Inscripciones para los programas de Niños/Adolescentes deberán ser enviadas a más tardar el 13 de junio de 2017. No hay inscripción local para este programa.

Su inscripción a la Reunión Anual de la FHA y al Programa para Niños/Adolescentes otorga consentimiento para utilizar cualquier foto, video ó grabación obtenidos durante el programa de la reunión y los eventos relacionados 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 la foto de su hijo sea utilizada.



FLORIDA HEMOPHILIA ASSOCIATION
for all bleeding disorders

34vo SIMPOSIO ANUAL PARA LAS FAMILIAS

AGOSTO 3 - 6, 2017

EMBASSY SUITES BY HILTON
WEST PALM BEACH CENTRAL
1601 BELVEDERE RD.,
WEST PALM BEACH, FL 33406

Sus hijos participarán del programa de Niños (Kids) o de jóvenes (teens)?

Si No

En caso afirmativo, marque la caja correspondiente

Programa para niños: 0-6 años

Programa para niños mayores: 7-12 años

Programa para adolescentes: 13+ años

**NOTA: NO HAY INSCRIPCIÓN LOCAL
PARA ESTE PROGRAMA**

INFORMACIÓN IMPORTANTE

ENVÍE A:

Florida Hemophilia
Association
Attn: Debbi Adamkin
915 Middle River Drive,
Suite 421
Fort Lauderdale, FL 33304
Tel: 305-235-0717
Fax: 954-900-5149