



## Inscripción del Participante al Programa MomsConnect & Blood Sisterhood

<b>Información de Contacto del Participante</b>			
<b>Nombre:</b>			
	<i>Primer</i>	<i>Inicial del Segundo nombre</i>	<i>Apellido</i>
<b>Dirección:</b>			
	<i>Calle</i>	<i>Apartamento #</i>	
	<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>	<i>Código Postal</i>
<b>Teléfono:</b>			
	<i>Teléfono de domicilio</i>	<i>Teléfono Celular</i>	
<b>Correo Electrónico:</b>			
	<i>Correo electrónico principal</i>	<i>Correo electrónico secundario</i>	

<b>Información Sobre Usted</b>	
<b>Asociación Local de Hemofilia</b>	
<b>Favor de escoger la respuesta más adecuada</b>	<input type="checkbox"/> Tengo un hijo con desorden sanguíneo Fecha de nacimiento del hijo con desorden sanguíneo _____  <input type="checkbox"/> Soy madre de familia/mujer y yo tengo desorden sanguíneo Su fecha de nacimiento _____  <input type="checkbox"/> Hem A <input type="checkbox"/> Hem B <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/> VWD: <input type="checkbox"/> Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2 <input type="checkbox"/> Tipo 3 <input type="checkbox"/> otro _____ <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/> Desorden de Plaquetas ( <i>favor especificar</i> ) _____ <input type="checkbox"/> Deficiencia de otro factor ( <i>describa por favor</i> ) _____ <input type="checkbox"/> Otro ( <i>describa por favor</i> ) _____
<b>Desorden de Sangrado del Niño o Niña</b>	<input type="checkbox"/> Hem A <input type="checkbox"/> Hem B <input type="checkbox"/> VWD <input type="checkbox"/> Deficiencia de otro factor _____ <input type="checkbox"/> Anti-cuerpos (inhibitors): _____ nivel alto   _____ nivel bajo   _____ erradicado   _____ no sé <input type="checkbox"/> Otro ( <i>describa por favor</i> ) _____
<b>Nivel de Severidad de Sangrado del Niño o Niña</b>	Hemofilia: <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Severa <input type="checkbox"/> No Sé VWD: <input type="checkbox"/> Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2 <input type="checkbox"/> Tipo 3 <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> No Sé
<b>Tratamiento del desorden sanguíneo</b>	Recibe el tratamiento del desorden sanguíneo en un Centro para el Tratamiento de Hemofilia (HTC)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cuál es el nombre del hospital o Centro de tratamiento? _____ _____
<b>Por favor indique la edad de sus hijos o hijas que tienen hemofilia</b>	
<b>Por favor indique la edad de sus hijos o hijas que NO tienen hemofilia</b>	



## Acuerdo de Participación y Confidencialidad

### Participación

**Deseo inscribirme en el programa:** (marque el apropiado)

- MomsConnect**                       **Blood Sisterhood**

Acepto participar en los programas MomsConnect y/o Blood Sisterhood de HFA. Entiendo y estoy de acuerdo en contestar encuestas que incluyen datos personales. Entiendo y acepto que HFA puede usar la información recaudada como documentación para pedir concesiones de financiamiento. HFA también podrá usar la información para evaluar el programa. La información se usará de una manera confidencial y no me identificará a mí o a mi familia directamente.

### Permiso de Fotografía

- Autorizo que HFA (exclusivamente) use fotografías y videos míos y de mi familia

### Privacidad

Entiendo y estoy de acuerdo que es necesario el proteger la confidencialidad de toda la información personal que se comunique durante los programas de Dads In Action. Entiendo que no puedo discutir información personal que obtenga de ningún individuo con nadie, incluyendo representantes de compañías farmacéuticas, Centros de Tratamiento de Hemofilia (HTC), Compañías Proveedoras, Farmacias y otros proveedores de productos o servicios médicos.

\_\_\_\_\_  
*Firma del Participante*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Coordinador(a) del Programa de HFA*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

### **Felicidades y Bienvenido al programa de MomsConnect y Blood Sisterhood de HFA!**

En apreciación por su participación, nos gustaría mandarle un "Paquete de Bienvenida de MomsConnect y/o Blood Sisterhood".  
(Recibirá el paquete en 3-4 semanas)

- Sí, por favor mande el **"MomsConnect Paquete de Bienvenida"** a la dirección proveida en éste documento.  
(El paquete de bienvenida al programa "MomsConnect" consiste en un imán de "Una Infusión de Amor: Conversación de una Madre," el libro de "Padres en Acción: Historias de la Comunidad de Desordenes Sanguíneos," una vaso reusable y pitillo y un torniquete).
- No, por favor NO mande el MomsConnect Paquete de Bienvenida
- Sí, por favor mande el **"Blood Sisterhood Paquete de Bienvenida"** a la dirección proveida en éste documento.  
(El paquete de bienvenida al programa BSIS consiste en un maletín grande de BSIS, crema de manos y un torniquete).
- No, por favor NO mande el Blood Sisterhood Paquete de Bienvenida

### **¡Manténgase Informado!**

**Por favor indique de que manera quiere que HFA lo mantenga al tanto en los temas de importancia en la comunidad de trastornos de coagulación.**

- Correspondencia electrónica cada dos semanas                       Revista informativa trimestral por correo                       Alertas de Advocacia por correspondencia electrónica