



# AYUDA DE EMERGENCIA

**Ayuda de emergencia** apoya a las familias que tienen dificultades económicas urgentes para los gastos del hogar, transporte, pago de servicios o ayuda para gastos funerarios.

- Requisitos:
  - Por lo menos un miembro del hogar debe tener un *diagnóstico de algún trastorno sanguíneo*
  - No haber solicitado ayuda de emergencia en los últimos 365 días
  - Estar pasando o haber pasado recientemente por una situación de emergencia o de dificultad
- Comuníquese con la HFA a la dirección [helpinghands@hemophiliafed.org](mailto:helpinghands@hemophiliafed.org) si tiene preguntas.

**No aceptamos auto recomendaciones para ayuda de emergencia. La recomendación debe ser presentada por una persona calificada:**

- Médico(a), enfermera(o) o trabajador(a) social de un centro de tratamiento de hemofilia (HTC, por sus siglas en inglés)
- Médico privado
- Representante de alguna organización de trastornos sanguíneos
- Proveedor de cuidados en el hogar en representación del solicitante

### \*APOYO LOCAL

Muchas organizaciones locales de trastornos sanguíneos tienen fondos para ayudar a los miembros de la comunidad con gastos inesperados relacionados con los trastornos sanguíneos, así como ayuda financiera, de emergencia, y ayuda y artículos en caso de desastres.

\*"He consultado otras fuentes alternativas, incluyendo mi organización local de trastornos sanguíneos y el HTC antes de hacer una solicitud al programa Helping Hands de la HFA".

- Sí
- No

Por favor, comuníquese con la organización local de trastornos sanguíneos y el centro de tratamiento antes de presentar una solicitud al programa Helping Hands de la HFA.

\*Nombre de la organización a la que contactó: \_\_\_\_\_

\*Por favor, indique el nombre del representante con quien habló: \_\_\_\_\_

\*¿La organización le prestó ayuda?

- Sí
- No
- Solicitud pendiente

\*Observaciones sobre la ayuda solicitada o proporcionada por la organización:

---



---



---



---

## INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA QUE HACE LA RECOMENDACIÓN

\*Nombre \_\_\_\_\_ \*Apellido \_\_\_\_\_

\*Número de Teléfono \_\_\_\_\_ \*Correo electrónico \_\_\_\_\_

\*Nombre de su organización: \_\_\_\_\_

\*Tipo de organización:

- Asociación de trastornos sanguíneos sin fines de lucro
- Organización miembro de la HFA
- Organización de cuidados en casa o farmacia de especialidades
- HTC (centro de tratamiento de hemofilia)
- Fabricante de productos
- Institución médica (no se trata de un HTC)
- Otro

\*Su cargo:

- Enfermero(a)
- Trabajador(a) social
- Médico(a)
- Terapeuta físico(a)
- Personal de alguna organización miembro
- Representante de los cuidados en el hogar o de la farmacia de especialidades
- Otro representante de trastornos sanguíneos

\*Su título: \_\_\_\_\_

## SOLICITUD DE AYUDA

**Importante:** Helping Hands no puede cubrir ningún gasto médico incluyendo facturas médicas o dentales, primas de seguro médico, copagos, deducibles, medicamentos, factor, etc. No cubrimos las facturas por servicios legales ni proporcionamos tarjetas para la compra de comestibles o gasolina.

\*¿Qué tipo de ayuda solicita? (Elija una)

Vivienda (alquiler, hipoteca)

Transporte (cuota mensual del automóvil, reparaciones)

Servicios (electricidad, agua, teléfono)

Otra – Por favor describa el artículo: \_\_\_\_\_

\*Monto total de ayuda que solicita: \$ \_\_\_\_\_

\*Por favor, explique las necesidades del solicitante y la ayuda que solicita:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Su petición será válida únicamente cuando esta solicitud y todos los documentos de apoyo se envíen a: 999 North Capitol Street NE, Suite 201, Washington, DC 20002, fax: 202.675.6983, email: [helpinghands@hemophiliafed.org](mailto:helpinghands@hemophiliafed.org)

**INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL SOLICITANTE PRINCIPAL (debe ser mayor de edad)**

\*Apellido de la familia: \_\_\_\_\_ \*Tamaño de la familia (cantidad de adultos y niños): \_\_\_\_\_

\*Nombre \_\_\_\_\_ \*Apellido \_\_\_\_\_

\*Domicilio del solicitante: \_\_\_\_\_

\*Ciudad \_\_\_\_\_ \*Estado \_\_\_\_\_ \*Código postal \_\_\_\_\_

\*Número telefónico principal del solicitante: \_\_\_\_\_

Número telefónico secundario: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico del solicitante: \_\_\_\_\_

\*Idioma oral de preferencia:

- Inglés
- Español
- Otro

Por favor, indique sus necesidades de interpretación. ¿La organización que lo recomienda o algún miembro de la familia pueden interpretar al paciente? ¿Será necesario que la HFA se encargue de la interpretación?

---

---

## INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE PRINCIPAL

\*Nombre \_\_\_\_\_ \*Apellido \_\_\_\_\_

\*Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### \*Estado civil:

- Soltero(a)
- Casado(a)
- En pareja
- Divorciado(a)
- Separado(a)
- Viudo(a)
- Niño/Adolescente

### \*Género:

- Masculino
- Femenino
- No-binario
- Prefiero no responder
- Otro

\*Parentesco del solicitante principal con la persona que tiene el trastorno sanguíneo (seleccione todas las que correspondan):

- Adulto con trastorno
- Niño con trastorno
- Portador
- Pareja o cónyuge de alguien con trastorno
- Padre o madre de alguien con trastorno
- Hijo(a) de un padre o madre con trastorno
- Hermano(a) de alguien con trastorno
- Abuelo(a) de alguien con trastorno
- Otro familiar de alguien con trastorno
- Amigo(a) de alguien con trastorno

## TRASTORNO SANGUÍNEO DEL SOLICITANTE PRINCIPAL

Tipo de trastorno sanguíneo:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> VII (7)          | <input type="checkbox"/> VIII (8)                           | <input type="checkbox"/> IX (9)          |
| <input type="checkbox"/> V (5)            | <input type="checkbox"/> X (10)                             | <input type="checkbox"/> XI (11)         |
| <input type="checkbox"/> XIII (13)        | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Von Willebrand (vWD) | <input type="checkbox"/> vWD tipo 1      |
| <input type="checkbox"/> vWD tipo 2       | <input type="checkbox"/> vWD tipo 3                         | <input type="checkbox"/> I (fibrinógeno) |
| <input type="checkbox"/> II (protrombina) | <input type="checkbox"/> Trastorno de plaquetas             | <input type="checkbox"/> Otro            |

Gravedad del trastorno sanguíneo:

- Leve
- Moderado
- Severo

Complicaciones:

- |   |  |                                   |
|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inhibidor                  | <input type="checkbox"/> Hepatitis C       | <input type="checkbox"/> VIH      |
| <input type="checkbox"/> Daño en las articulaciones | <input type="checkbox"/> Depresión         | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatía                | <input type="checkbox"/> Cáncer del hígado | <input type="checkbox"/> Otra     |

¿El solicitante principal recibe atención o servicios para su trastorno sanguíneo en un centro de tratamiento de hemofilia (HTC, por sus siglas en inglés)?

- Sí
- No

Nombre del centro de tratamiento de hemofilia (HTC) (opcional): \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN ADICIONAL DEL MIEMBRO DEL HOGAR #2

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### Estado civil:

- Soltero(a)
- Casado(a)
- En pareja
- Divorciado(a)
- Separado(a)
- Viudo(a)
- Niño/Adolescente

### Género:

- Masculino
- Femenino
- No-binario
- Prefiero no responder
- Otro

Parentesco con la persona que tiene el trastorno sanguíneo (seleccione todas las que correspondan):

- Adulto con trastorno
- Niño con trastorno
- Portador
- Pareja o cónyuge de alguien con trastorno
- Padre o madre de alguien con trastorno
- Hijo(a) de un padre o madre con trastorno
- Hermano(a) de alguien con trastorno
- Abuelo(a) de alguien con trastorno
- Otro familiar de alguien con trastorno
- Amigo(a) de alguien con trastorno

## TRASTORNO SANGUÍNEO

Tipo de trastorno sanguíneo:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> VII (7)          | <input type="checkbox"/> VIII (8)                           | <input type="checkbox"/> IX (9)          |
| <input type="checkbox"/> V (5)            | <input type="checkbox"/> X (10)                             | <input type="checkbox"/> XI (11)         |
| <input type="checkbox"/> XIII (13)        | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Von Willebrand (vWD) | <input type="checkbox"/> vWD tipo 1      |
| <input type="checkbox"/> vWD tipo 2       | <input type="checkbox"/> vWD tipo 3                         | <input type="checkbox"/> I (fibrinógeno) |
| <input type="checkbox"/> II (protrombina) | <input type="checkbox"/> Trastorno de plaquetas             | <input type="checkbox"/> Otro            |

Gravedad del trastorno sanguíneo:

- Leve
- Moderado
- Severo

Complicaciones:

- |   |  |                                   |
|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inhibidor                  | <input type="checkbox"/> Hepatitis C       | <input type="checkbox"/> VIH      |
| <input type="checkbox"/> Daño en las articulaciones | <input type="checkbox"/> Depresión         | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatía                | <input type="checkbox"/> Cáncer del hígado | <input type="checkbox"/> Otra     |

¿El solicitante principal recibe atención o servicios para su trastorno sanguíneo en un centro de tratamiento de hemofilia (HTC, por sus siglas en inglés)?

- Sí
- No

Nombre del centro de tratamiento de hemofilia (HTC) (opcional): \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN ADICIONAL DEL MIEMBRO DEL HOGAR #3

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

#### Estado civil:

- Soltero(a)
- Casado(a)
- En pareja
- Divorciado(a)
- Separado(a)
- Viudo(a)
- Niño/Adolescente

#### Género:

- Masculino
- Femenino
- No-binario
- Prefiero no responder
- Otro

Parentesco con la persona que tiene el trastorno sanguíneo (seleccione todas las que correspondan):

- Adulto con trastorno
- Niño con trastorno
- Portador
- Pareja o cónyuge de alguien con trastorno
- Padre o madre de alguien con trastorno
- Hijo(a) de un padre o madre con trastorno
- Hermano(a) de alguien con trastorno
- Abuelo(a) de alguien con trastorno
- Otro familiar de alguien con trastorno
- Amigo(a) de alguien con trastorno

### TRASTORNO SANGUÍNEO

Tipo de trastorno sanguíneo:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> VII (7)          | <input type="checkbox"/> VIII (8)                           | <input type="checkbox"/> IX (9)          |
| <input type="checkbox"/> V (5)            | <input type="checkbox"/> X (10)                             | <input type="checkbox"/> XI (11)         |
| <input type="checkbox"/> XIII (13)        | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Von Willebrand (vWD) | <input type="checkbox"/> vWD tipo 1      |
| <input type="checkbox"/> vWD tipo 2       | <input type="checkbox"/> vWD tipo 3                         | <input type="checkbox"/> I (fibrinógeno) |
| <input type="checkbox"/> II (protrombina) | <input type="checkbox"/> Trastorno de plaquetas             | <input type="checkbox"/> Otro            |

Gravedad del trastorno sanguíneo:

- Leve
- Moderado
- Severo

Complicaciones:

- |   |  |                                   |
|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inhibidor                  | <input type="checkbox"/> Hepatitis C       | <input type="checkbox"/> VIH      |
| <input type="checkbox"/> Daño en las articulaciones | <input type="checkbox"/> Depresión         | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatía                | <input type="checkbox"/> Cáncer del hígado | <input type="checkbox"/> Otra     |

¿El solicitante principal recibe atención o servicios para su trastorno sanguíneo en un centro de tratamiento de hemofilia (HTC, por sus siglas en inglés)?

- Sí
- No

Nombre del centro de tratamiento de hemofilia (HTC) (opcional): \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN ADICIONAL DEL MIEMBRO DEL HOGAR #4

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### Estado civil:

- Soltero(a)
- Casado(a)
- En pareja
- Divorciado(a)
- Separado(a)
- Viudo(a)
- Niño/Adolescente

### Género:

- Masculino
- Femenino
- No-binario
- Prefiero no responder
- Otro

Parentesco con la persona que tiene el trastorno sanguíneo (seleccione todas las que correspondan):

- Adulto con trastorno
- Niño con trastorno
- Portador
- Pareja o cónyuge de alguien con trastorno
- Padre o madre de alguien con trastorno
- Hijo(a) de un padre o madre con trastorno
- Hermano(a) de alguien con trastorno
- Abuelo(a) de alguien con trastorno
- Otro familiar de alguien con trastorno
- Amigo(a) de alguien con trastorno

## TRASTORNO SANGUÍNEO

Tipo de trastorno sanguíneo:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> VII (7)          | <input type="checkbox"/> VIII (8)                           | <input type="checkbox"/> IX (9)          |
| <input type="checkbox"/> V (5)            | <input type="checkbox"/> X (10)                             | <input type="checkbox"/> XI (11)         |
| <input type="checkbox"/> XIII (13)        | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Von Willebrand (vWD) | <input type="checkbox"/> vWD tipo 1      |
| <input type="checkbox"/> vWD tipo 2       | <input type="checkbox"/> vWD tipo 3                         | <input type="checkbox"/> I (fibrinógeno) |
| <input type="checkbox"/> II (protrombina) | <input type="checkbox"/> Trastorno de plaquetas             | <input type="checkbox"/> Otro            |

Gravedad del trastorno sanguíneo:

- Leve
- Moderado
- Severo

Complicaciones:

- |   |  |                                   |
|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inhibidor                  | <input type="checkbox"/> Hepatitis C       | <input type="checkbox"/> VIH      |
| <input type="checkbox"/> Daño en las articulaciones | <input type="checkbox"/> Depresión         | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatía                | <input type="checkbox"/> Cáncer del hígado | <input type="checkbox"/> Otra     |

¿El solicitante principal recibe atención o servicios para su trastorno sanguíneo en un centro de tratamiento de hemofilia (HTC, por sus siglas en inglés)?

- Sí
- No

Nombre del centro de tratamiento de hemofilia (HTC) (opcional): \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN ADICIONAL DEL MIEMBRO DEL HOGAR #5

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Estado civil:

- Soltero(a)
- Casado(a)
- En pareja
- Divorciado(a)
- Separado(a)
- Viudo(a)
- Niño/Adolescente

Género:

- Masculino
- Femenino
- No-binario
- Prefiero no responder
- Otro

Parentesco con la persona que tiene el trastorno sanguíneo (seleccione todas las que correspondan):

- Adulto con trastorno
- Niño con trastorno
- Portador
- Pareja o cónyuge de alguien con trastorno
- Padre o madre de alguien con trastorno
- Hijo(a) de un padre o madre con trastorno
- Hermano(a) de alguien con trastorno
- Abuelo(a) de alguien con trastorno
- Otro familiar de alguien con trastorno
- Amigo(a) de alguien con trastorno

### TRASTORNO SANGUÍNEO

Tipo de trastorno sanguíneo:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> VII (7)          | <input type="checkbox"/> VIII (8)                           | <input type="checkbox"/> IX (9)          |
| <input type="checkbox"/> V (5)            | <input type="checkbox"/> X (10)                             | <input type="checkbox"/> XI (11)         |
| <input type="checkbox"/> XIII (13)        | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Von Willebrand (vWD) | <input type="checkbox"/> vWD tipo 1      |
| <input type="checkbox"/> vWD tipo 2       | <input type="checkbox"/> vWD tipo 3                         | <input type="checkbox"/> I (fibrinógeno) |
| <input type="checkbox"/> II (protrombina) | <input type="checkbox"/> Trastorno de plaquetas             | <input type="checkbox"/> Otro            |

Gravedad del trastorno sanguíneo:

- Leve
- Moderado
- Severo

Complicaciones:

- |   |  |                                   |
|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inhibidor                  | <input type="checkbox"/> Hepatitis C       | <input type="checkbox"/> VIH      |
| <input type="checkbox"/> Daño en las articulaciones | <input type="checkbox"/> Depresión         | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatía                | <input type="checkbox"/> Cáncer del hígado | <input type="checkbox"/> Otra     |

¿El solicitante principal recibe atención o servicios para su trastorno sanguíneo en un centro de tratamiento de hemofilia (HTC, por sus siglas en inglés)?

- Sí
- No

Nombre del centro de tratamiento de hemofilia (HTC) (opcional): \_\_\_\_\_



## INFORMACIÓN ADICIONAL DEL MIEMBRO DEL HOGAR #6

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Estado civil:

- Soltero(a)
- Casado(a)
- En pareja
- Divorciado(a)
- Separado(a)
- Viudo(a)
- Niño/Adolescente

Género:

- Masculino
- Femenino
- No-binario
- Prefiero no responder
- Otro

Parentesco con la persona que tiene el trastorno sanguíneo (seleccione todas las que correspondan):

- Adulto con trastorno
- Niño con trastorno
- Portador
- Pareja o cónyuge de alguien con trastorno
- Padre o madre de alguien con trastorno
- Hijo(a) de un padre o madre con trastorno
- Hermano(a) de alguien con trastorno
- Abuelo(a) de alguien con trastorno
- Otro familiar de alguien con trastorno
- Amigo(a) de alguien con trastorno

### TRASTORNO SANGUÍNEO

Tipo de trastorno sanguíneo:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> VII (7)          | <input type="checkbox"/> VIII (8)                           | <input type="checkbox"/> IX (9)          |
| <input type="checkbox"/> V (5)            | <input type="checkbox"/> X (10)                             | <input type="checkbox"/> XI (11)         |
| <input type="checkbox"/> XIII (13)        | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Von Willebrand (vWD) | <input type="checkbox"/> vWD tipo 1      |
| <input type="checkbox"/> vWD tipo 2       | <input type="checkbox"/> vWD tipo 3                         | <input type="checkbox"/> I (fibrinógeno) |
| <input type="checkbox"/> II (protrombina) | <input type="checkbox"/> Trastorno de plaquetas             | <input type="checkbox"/> Otro            |

Gravedad del trastorno sanguíneo:

- Leve
- Moderado
- Severo

Complicaciones:

- |   |  |                                   |
|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inhibidor                  | <input type="checkbox"/> Hepatitis C       | <input type="checkbox"/> VIH      |
| <input type="checkbox"/> Daño en las articulaciones | <input type="checkbox"/> Depresión         | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatía                | <input type="checkbox"/> Cáncer del hígado | <input type="checkbox"/> Otra     |

¿El solicitante principal recibe atención o servicios para su trastorno sanguíneo en un centro de tratamiento de hemofilia (HTC, por sus siglas en inglés)?

- Sí
- No

Nombre del centro de tratamiento de hemofilia (HTC) (opcional): \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN ADICIONAL DEL MIEMBRO DEL HOGAR #7

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### Estado civil:

- Soltero(a)
- Casado(a)
- En pareja
- Divorciado(a)
- Separado(a)
- Viudo(a)
- Niño/Adolescente

### Género:

- Masculino
- Femenino
- No-binario
- Prefiero no responder
- Otro

Parentesco con la persona que tiene el trastorno sanguíneo (seleccione todas las que correspondan):

- Adulto con trastorno
- Niño con trastorno
- Portador
- Pareja o cónyuge de alguien con trastorno
- Padre o madre de alguien con trastorno
- Hijo(a) de un padre o madre con trastorno
- Hermano(a) de alguien con trastorno
- Abuelo(a) de alguien con trastorno
- Otro familiar de alguien con trastorno
- Amigo(a) de alguien con trastorno

## TRASTORNO SANGUÍNEO

Tipo de trastorno sanguíneo:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> VII (7)          | <input type="checkbox"/> VIII (8)                           | <input type="checkbox"/> IX (9)          |
| <input type="checkbox"/> V (5)            | <input type="checkbox"/> X (10)                             | <input type="checkbox"/> XI (11)         |
| <input type="checkbox"/> XIII (13)        | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Von Willebrand (vWD) | <input type="checkbox"/> vWD tipo 1      |
| <input type="checkbox"/> vWD tipo 2       | <input type="checkbox"/> vWD tipo 3                         | <input type="checkbox"/> I (fibrinógeno) |
| <input type="checkbox"/> II (protrombina) | <input type="checkbox"/> Trastorno de plaquetas             | <input type="checkbox"/> Otro            |

Gravedad del trastorno sanguíneo:

- Leve
- Moderado
- Severo

Complicaciones:

- |   |  |                                   |
|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inhibidor                  | <input type="checkbox"/> Hepatitis C       | <input type="checkbox"/> VIH      |
| <input type="checkbox"/> Daño en las articulaciones | <input type="checkbox"/> Depresión         | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatía                | <input type="checkbox"/> Cáncer del hígado | <input type="checkbox"/> Otra     |

¿El solicitante principal recibe atención o servicios para su trastorno sanguíneo en un centro de tratamiento de hemofilia (HTC, por sus siglas en inglés)?

- Sí
- No

Nombre del centro de tratamiento de hemofilia (HTC) (opcional): \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN ADICIONAL DEL MIEMBRO DEL HOGAR #8

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Estado civil:

- Soltero(a)
- Casado(a)
- En pareja
- Divorciado(a)
- Separado(a)
- Viudo(a)
- Niño/Adolescente

Género:

- Masculino
- Femenino
- No-binario
- Prefiero no responder
- Otro

Parentesco con la persona que tiene el trastorno sanguíneo (seleccione todas las que correspondan):

- Adulto con trastorno
- Niño con trastorno
- Portador
- Pareja o cónyuge de alguien con trastorno
- Padre o madre de alguien con trastorno
- Hijo(a) de un padre o madre con trastorno
- Hermano(a) de alguien con trastorno
- Abuelo(a) de alguien con trastorno
- Otro familiar de alguien con trastorno
- Amigo(a) de alguien con trastorno

### TRASTORNO SANGUÍNEO

Tipo de trastorno sanguíneo:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> VII (7)          | <input type="checkbox"/> VIII (8)                           | <input type="checkbox"/> IX (9)          |
| <input type="checkbox"/> V (5)            | <input type="checkbox"/> X (10)                             | <input type="checkbox"/> XI (11)         |
| <input type="checkbox"/> XIII (13)        | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Von Willebrand (vWD) | <input type="checkbox"/> vWD tipo 1      |
| <input type="checkbox"/> vWD tipo 2       | <input type="checkbox"/> vWD tipo 3                         | <input type="checkbox"/> I (fibrinógeno) |
| <input type="checkbox"/> II (protrombina) | <input type="checkbox"/> Trastorno de plaquetas             | <input type="checkbox"/> Otro            |

Gravedad del trastorno sanguíneo:

- Leve
- Moderado
- Severo

Complicaciones:

- |   |  |                                   |
|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inhibidor                  | <input type="checkbox"/> Hepatitis C       | <input type="checkbox"/> VIH      |
| <input type="checkbox"/> Daño en las articulaciones | <input type="checkbox"/> Depresión         | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatía                | <input type="checkbox"/> Cáncer del hígado | <input type="checkbox"/> Otra     |

¿El solicitante principal recibe atención o servicios para su trastorno sanguíneo en un centro de tratamiento de hemofilia (HTC, por sus siglas en inglés)?

- Sí
- No

Nombre del centro de tratamiento de hemofilia (HTC) (opcional): \_\_\_\_\_