



# APOYO PARA INHIBIDORES

**Apoio para inhibidores** apoya a las familias afectadas por inhibidores con el costo del transporte médico y materiales de tutoría o educativos.

- Requisitos:
  - Por lo menos un miembro de la familia debe tener un inhibidor **activo**: un título medible o vida media reducida
  - Tener la documentación de la recomendación médica que indique la razón para la solicitud, cómo es que esta apoyará el tratamiento del inhibidor y que confirme el diagnóstico del trastorno sanguíneo y el inhibidor activo
  - Los arreglos de viaje deben hacerse por lo menos con 30 días de anticipación a la fecha de la consulta solicitada
  - Completar el formulario para materiales de tutoría o educativos o el formulario de reembolso de viaje por razones médicas
- Lo puede completar el solicitante o un profesional representante de la comunidad de los trastornos sanguíneos
- Comuníquese con la HFA a la dirección [helpinghands@hemophiliafed.org](mailto:helpinghands@hemophiliafed.org) si tiene preguntas.

## INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA QUE HACE LA RECOMENDACIÓN

\*¿Presenta la solicitud para usted o en nombre de alguien más?

- Presento la solicitud para mí
- Presento la solicitud para un familiar
- Presento la solicitud para un paciente o cliente:

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

\*¿Para qué tipo de apoyo solicita la ayuda? (Elija uno)

Viaje por razones médicas

Materiales de tutoría o educativos

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

\* Por favor, describa el apoyo que necesita. Para agilizar las solicitudes incluya la información específica pertinente (p. ej., fechas del viaje, ubicación y enlaces a los materiales específicos que necesita, etc.).

---

---

---

---

---

---

---

---

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

---

---

---

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

\*Entiendo que debo proporcionar:

1) documentación de un profesional de la salud que confirme el inhibidor diagnosticado

**Y**

2) una factura, recibo o instrucciones detalladas para completar el pago o reembolso.

Puede enviar los documentos necesarios por correo electrónico a la dirección:

[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): \_\_\_\_\_