



# AYUDA DE PRODUCTOS

**Ayuda de productos** ofrece ayuda con el costo del equipo médico no desechable y otros artículos médicos recomendados.

- Requisitos:
  - Tener los documentos de la recomendación médica que indique que el artículo que se ha solicitado es medicamento necesario para el cuidado o manejo de un trastorno sanguíneo diagnosticado y que confirme el diagnóstico de dicho trastorno
    - Puede ser mediante una carta, las notas de la consulta médica o con este formulario de verificación médica
  - Demostrar que no puede costear el producto sin ayuda
- 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

**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.

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

- Órtesis
- Apoyo para la movilidad
- Equipo de protección
- Joyería de identificación médica

\*\*\* El solicitante deberá comprar directamente cualquier producto de joyería de identificación médica. La HFA no puede adquirir estos artículos en su nombre. Haga la compra directamente con su proveedor preferido de productos de identificación médica. Una vez que haya adquirido el producto, deberá presentar la factura de este, junto con los documentos médicos que comprueben que tiene un trastorno sanguíneo para poder recibir un reembolso. La HFA podrá reembolsar al solicitante un monto de hasta 45 USD más el envío de joyería de identificación. No se hacen reembolsos por servicios de alerta, a menos que hayan sido recomendados específicamente por un profesional médico.

- Artículo para aplicación de hielo o calor
- Refrigeración
- Otra – Por favor describa el artículo: \_\_\_\_\_

\*Por favor, describa el(los) artículo(s) que necesita. Para agilizar la solicitud, incluya información específica sobre la marca que solicita, la talla, el enlace al artículo o alguna otra característica.

---

---

---

\*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 diagnóstico del trastorno sanguíneo y la recomendación para esta petición

**Y**

2) una factura, recibo o instrucciones detalladas para ordenar el artículo exacto que necesito.

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

[helpinghands@hemophiliafed.org](mailto:helpinghands@hemophiliafed.org)

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