

Conferencia de Trastornos Hemorrágicos en Texas

4 al 6 de agosto de 2017

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA JÓVENES

**(Complete un formulario por separado para cada niño que tenga 18 años o menos.
Envíe con la inscripción familiar).**

Nombre del joven: _____
Primer nombre, apellido

Hombre/Mujer Fecha de nacimiento: _____ Edad al 08/04/2017: _____

___ Menos de 6 meses ___ Entre 6 meses y 2 años ___ Entre 3 y 5 años ___ Entre 6 y 9 años

___ Entre 10 y 13 años ___ Entre 14 y 18 años

Nombre(s) del padre, la madre/tutor legal: _____

Relación con el niño: Madre / Padre / Otro: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número(s) de celular al (a los) que podemos comunicarnos con usted durante la conferencia:

¿Qué familiar tiene un trastorno hemorrágico?

___ Niño ___ Padre/madre ___ Hermano/a ___ Otro familiar ___ Otro

Si es un niño, indique el tipo: ___ Factor VIII ___ Factor IX ___ Deficiencia de otro factor

___ Enfermedad de von Willebrand ___ Portador

Indique TODAS las afecciones médicas, alergias, etc. e incluya TODOS los medicamentos (incluido el FACTOR), así como también cualquier otra información necesaria para garantizar la seguridad de su hijo durante la conferencia:

¿Autoriza el uso de fotografías o videos solo para por parte de LSC y TexCen? Sí / No

***El padre, la madre o el tutor legal que suscriben, por el presente, aceptan autorizar a este niño a participar en las actividades del programa para jóvenes/adolescentes del Capítulo Lone Star de la NHF y la Asociación de Hemofilia del Centro de Texas en la Conferencia de Trastornos Hemorrágicos de Texas que se celebrará en The Woodlands, TX, del 4 al 6 de agosto de 2017. El padre, la madre o el tutor legal que suscriben, por el presente, eximen de responsabilidad al Capítulo Lone Star de la NHF y la Asociación de Hemofilia del Centro de Texas en relación con cualquier responsabilidad que surja de la participación de dicho niño en las actividades patrocinadas y realizadas por el Capítulo Lone Star de la NHF y la Asociación de Hemofilia del Centro de Texas.*

Firma del padre, la madre/tutor legal _____ Fecha _____