

# Conferencia de Trastornos Hemorrágicos de Texas

## Del 21 al 23 de junio de 2019

**(Complete una forma separada por cada niño/a menor de 18 años.  
Envíela(s) con la Inscripción Familiar)**

Nombre del/la joven: \_\_\_\_\_  
Nombre, Apellido

Hombre / Mujer      Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_      Edad al 06/21/2019: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Menos 6 meses    \_\_\_\_ 6 meses – 2 años    \_\_\_\_ 3 – 5 años

\_\_\_\_ 6 – 9 años    \_\_\_\_ 10 – 13 años    \_\_\_\_ 14 – 18 años

Nombre(s) del padre, madre o tutor: \_\_\_\_\_

Relación con el niño/a:      Madre / Padre / Otra: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Número(s) de celular para ubicarlo durante la conferencia: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Cuál integrante de la familia tiene un trastorno hemorrágico?

\_\_\_\_ Hijo/a    \_\_\_\_ Padre/Madre    \_\_\_\_ Hermano/a    \_\_\_\_ Otro familiar    \_\_\_\_ Otro

**Si es hijo/a**, Tipo: \_\_\_\_ Factor VIII    \_\_\_\_ Factor IX    \_\_\_\_ Otro Factor Def.    \_\_\_\_ vWD    \_\_\_\_ Portador/a

Enumere TODOS los padecimientos médicos, alergias, etc., e incluya TODOS los medicamentos (incluido el FACTOR) además de cualquier otra información necesaria para garantizar la seguridad de su hija o hijo durante la conferencia:

---

---

---

---

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

*\*\*El padre, madre o tutor legal abajo firmante por la presente acepta permitir que este niño o niña participe en las actividades del programa para jóvenes/adolescentes del Capítulo Lone Star de la NHF y Texas Central Hemophilia Association en la Conferencia de Trastornos Hemorrágicos de Texas en Grapevine, TX, del 21 al 23 de junio de 2019. El padre, madre o tutor legal abajo firmante por la presente libera, exime y acepta indemnizar al Capítulo Lone Star de la NHF y a Texas Central Hemophilia Association de toda y cualquier responsabilidad que surja de la participación del mencionado niño o niña en las actividades patrocinadas y llevadas a cabo por el Capítulo Lone Star de la NHF y Texas Central Hemophilia Association.*

Firma del padre, madre o tutor legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_