

Conferencia de Trastornos Hemorrágicos de Texas de 2022

¡La inscripción ya está abierta!



Organizada por la Fundación de Trastornos Hemorrágicos Lone Star
y Texas Central Bleeding Disorders

Del 29 al 31 de julio de 2022
JW Marriott Hill Country Resort
San Antonio, Texas



Novedad en 2022: ¡Simposio con almuerzo el viernes a la 1:00 PM para quienes lleguen temprano! Confirme su presencia en el paquete de inscripción.

La fecha límite para inscribirse es el 1 de julio de 2022.

¡Nos volvemos a reunir para la Conferencia de Trastornos Hemorrágicos de Texas de 2022!

Aunque la de este fin de semana será algo distinta a las conferencias anteriores, ¡estamos trabajando para ofrecerles un fin de semana divertido, educativo y, sobre todo, seguro para toda la familia!

El cupo es limitado para cumplir con los protocolos de distanciamiento social, ¡así que inscríbese lo antes posible! Es posible que se agoten los cupos de inscripción antes de la fecha límite según la cantidad de inscripciones que lleguen. El envío de su paquete de inscripción antes de la fecha límite no garantiza un lugar para asistir.

Los lugares se ocupan por orden de llegada por eso les pedimos que envíen su inscripción lo antes posible.

Otra novedad de este año es la **INSCRIPCIÓN POR INTERNET**. Tenemos un sistema por internet que les permitirá inscribirse sin todo el papelerío.

****ENLACE**

Se observarán las guías de los CDC, así como los protocolos de seguridad establecidos por Marriott Hotels y ambos Capítulos. En este momento, se requerirán mascarillas para participar en las actividades de la conferencia, según las directrices de nuestros centros de tratamiento de la hemofilia. Estas directrices están sujetas a cambio según cambia la situación con el COVID-19. Se enviarán actualizaciones posteriormente.

Información de inscripción

1. Inscripción por internet – [ENLACE](#) – todas las secciones de la inscripción y del pago se deben completar para que se considere la inscripción completa.

Enlace a la inscripción por internet -

2. Si prefiere pagar con un cheque o giro postal, indíquelo en su inscripción por internet y envíe el cheque pagadero a Lone Star Bleeding Disorders Foundation. Cuando lo envía, incluya el apellido de la familia. No es necesario que incluya su forma de inscripción por internet. Envíelo a:

5600 Northwest Central Suite 140
Houston, TX 77092

3. Después de procesar el pago, recibirá un correo electrónico que confirmará su inscripción. Si se agotó el cupo, recibirá un aviso de lista de espera.

*Si opta por la inscripción por correspondencia, su inscripción tardará más. Debe tener todas las formas y pagos para considerar una inscripción completa.

Recibirá el número de confirmación del hotel e instrucciones de la conferencia en una fecha más próxima a la misma.

Inscríbase por internet o complete la solicitud y envíela por correo postal a:

Lone Star Bleeding Disorders Foundation * 5600 Northwest Central Suite 140, Houston, TX 77092

¡Este año NO ACEPTAMOS inscripciones por CORREO ELECTRÓNICO o FAX!

Paso 1: Inscripción familiar

Apellido de la familia _____

Su nombre _____

¿Afectado/a por un trastorno hemorrágico o es cuidador/a? _____

Si es la persona afectada, ¿cuál trastorno hemorrágico tiene diagnosticado? _____

Restricciones alimentarias _____

Nombre del o de la cónyuge _____

¿Afectado/a por un trastorno hemorrágico o es cuidador/a? _____

Si es la persona afectada, ¿cuál trastorno hemorrágico tiene diagnosticado? _____

Restricciones alimentarias _____

Nombre del niño/a 1 _____ Edad al 15 de julio de 2022 _____

Si es la persona afectada, ¿cuál trastorno hemorrágico tiene diagnosticado? _____

Género _____ Fecha de nacimiento _____

Grupo etario: (Indique uno) menos de 6 meses 6 meses-2 años 3-5 años 6-9 años 10-13 años 14-17 años

Enumere todas las afecciones médicas, alergias (estacionales, alimentarias, insectos, etc.) e incluya cualquier otra información necesaria para garantizar la seguridad de su hijo/a durante la conferencia

Enumere todos los medicamentos, incluido el factor, que su hijo/a toma de manera habitual

Restricciones alimentarias _____

Nombre del niño/a 2 _____ Edad al 15 de julio de 2022 _____

Si es la persona afectada, ¿cuál trastorno hemorrágico tiene diagnosticado? _____

Género _____ Fecha de nacimiento _____

Grupo etario: (Indique uno) menos de 6 meses 6 meses-2 años 3-5 años 6-9 años 10-13 años 14-17 años

Enumere todas las afecciones médicas, alergias (estacionales, alimentarias, insectos, etc.) e incluya cualquier otra información necesaria para garantizar la seguridad de su hijo/a durante la conferencia

Enumere todos los medicamentos, incluido el factor, que su hijo/a toma de manera habitual

Restricciones alimentarias _____

Nombre del niño/a 3 _____ Edad al 15 de julio de 2022 _____

Si es la persona afectada, ¿cuál trastorno hemorrágico tiene diagnosticado? _____

Género _____ Fecha de nacimiento _____

Grupo etario: (Indique uno) menos de 6 meses 6 meses-2 años 3-5 años 6-9 años 10-13 años 14-17 años

Enumere todas las afecciones médicas, alergias (estacionales, alimentarias, insectos, etc.) e incluya cualquier otra información necesaria para garantizar la seguridad de su hijo/a durante la conferencia

Enumere todos los medicamentos, incluido el factor, que su hijo/a toma de manera habitual

Restricciones alimentarias _____

Nombre del niño/a 4 _____ Edad al 15 de julio de 2022 _____

Si es la persona afectada, ¿cuál trastorno hemorrágico tiene diagnosticado? _____

Género _____ Fecha de nacimiento _____

Grupo etario: (Indique uno) menos de 6 meses 6 meses-2 años 3-5 años 6-9 años 10-13 años 14-17 años

Enumere todas las afecciones médicas, alergias (estacionales, alimentarias, insectos, etc.) e incluya cualquier otra información necesaria para garantizar la seguridad de su hijo/a durante la conferencia

Enumere todos los medicamentos, incluido el factor, que su hijo/a toma de manera habitual

Restricciones alimentarias _____

Nombre del niño/a 5 _____ Edad al 15 de julio de 2022 _____

Si es la persona afectada, ¿cuál trastorno hemorrágico tiene diagnosticado? _____

Género _____ Fecha de nacimiento _____

Grupo etario: (Indique uno) menos de 6 meses 6 meses-2 años 3-5 años 6-9 años 10-13 años 14-17 años

Enumere todas las afecciones médicas, alergias (estacionales, alimentarias, insectos, etc.) e incluya cualquier otra información necesaria para garantizar la seguridad de su hijo/a durante la conferencia

Enumere todos los medicamentos, incluido el factor, que su hijo/a toma de manera habitual

Restricciones alimentarias _____

Nombre del niño/a 6 _____ Edad al 15 de julio de 2022 _____

Si es la persona afectada, ¿cuál trastorno hemorrágico tiene diagnosticado? _____

Género _____ Fecha de nacimiento _____

Grupo etario: (Indique uno) menos de 6 meses 6 meses-2 años 3-5 años 6-9 años 10-13 años 14-17 años

Enumere todas las afecciones médicas, alergias (estacionales, alimentarias, insectos, etc.) e incluya cualquier otra información necesaria para garantizar la seguridad de su hijo/a durante la conferencia

Enumere todos los medicamentos, incluido el factor, que su hijo/a toma de manera habitual

Restricciones alimentarias _____

Por la presente, el padre, madre o tutor legal abajo firmante de todos los niños mencionados antes acepta permitir que este niño/a participe en las actividades del programa para niños/adolescentes de la Fundación de Trastornos Hemorrágicos Lone Star y de Texas Central Bleeding Disorders en la Conferencia de Trastornos Hemorrágicos de Texas en San Antonio, TX, del 29 al 31 de julio de 2022. Por la presente, el padre, madre o tutor legal abajo firmante acepta indemnizar, libera y exime a la Fundación de Trastornos Hemorrágicos Lone Star, a Texas Central Bleeding Disorders, a Corporate Kids, Inc. y al JW Marriott San Antonio Resort de todas y cada una de las responsabilidades que surjan como resultado de la participación de estos niños en las actividades patrocinadas y organizadas por la Fundación de Trastornos Hemorrágicos Lone Star, Texas Central Bleeding Disorders, Corporate Kids, Inc. y el JW Marriott San Antonio Resort.

Firma _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____

Teléfono particular _____ Celular _____

Correo electrónico _____

Afiliación al Capítulo: Lone Star BDF Texas Central Bleeding Disorders

Pedido de traducción al español – Número de adultos _____

El Paso Bus - # de pasajeros de la familia _____

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

Simposio con almuerzo del viernes 29 de julio a la 1 PM

Deseamos asistir al nuevo Simposio con almuerzo del viernes 29 de julio a la 1:00 PM Sí No # de personas

Paso 2: Reserva del hotel

LSBDF y TexCen pagarán por una habitación de hotel por familia para el viernes 29 de julio y el sábado 30 de julio.

En cada habitación se alojan 5 personas según las normas del hotel.

Tipo de habitación de hotel que necesitará para las noches del viernes y del sábado:

Dos dobles Una king Pedido de cuna
(La configuración de las habitaciones y la cuna dependen de la disponibilidad. Recomendamos llevar su propia cuna/corralito portátil si es posible).

Usted será responsable de cualquier cargo que se haga a su habitación fuera de la tarifa por noche. La conferencia cubrirá el estacionamiento.

Paso 2: Información del pago

Se debe incluir el pago con las formas de inscripción. Si desea usar la opción de plan de pago, el primer pago de \$33 vence con esta inscripción.

No se harán reembolsos después del 15 de julio de 2022.

Haga los cheques pagaderos a Lone Star Bleeding Disorders Foundation.

_____ Asistente por primera vez

_____ Familia (Padres e hijos)

_____ Adulto individual

_____ Quisiera hacer una donación para entregar una beca de asistente por primera vez a otra familia de

\$ _____

Método de pago:

Plan de pago (\$33 cada cuota)

1.º pago vence el 1 de mayo

2.º pago vence el 1 de junio

3.º pago vence el 1 de julio

Tarjeta de crédito

Cheque

Giro postal

Total: _____

Número de tarjeta de crédito _____

Vencimiento _____ Código de seguridad _____ C.P. de la factura _____

Titular de la tarjeta de crédito _____

Firma _____