**H O J A D E R E G I S T R O**

*Lea y llene detalladamente toda la información solicitada:*

|  |
| --- |
| Nombre Completo del Paciente: |
| Diagnóstico: | Hemofilia:Tipo: | VWD:Tipo: | Otro: |
| Fecha Nacimiento: | Pueblo de Residencia: |
| Dirección Postal: |
| Núm. Teléfono: | Correo Electrónico: |
| Persona responsable (En caso de ser menor): |

*Inscriba a todas las personas que asistirán: (Incluya al paciente)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre Completo | Relación con el paciente | Edad | Sexo | Núm. de teléfono | ¿Tiene algún diagnóstico de sangrado? ¿Cuál? |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

***Recordatorio importante:***

Este evento será uno virtual, por lo que, se requiere el compromiso de todos los participantes en asistir a las sesiones

virtuales según se le requiera. Las familias registradas a tiempo recibirán un paquete con materiales y artículos

promocionales luego del evento. Recuerde, de tener algún inconveniente en los días del evento no dude en

comunicarse por correo electrónico o a los siguientes números de teléfono: 787-380-7985 / 939-454-3766.

***Una vez complete la Hoja de Registro usted deberá enviar la misma de una (1) de las siguientes maneras:***

**1.** Enviar la hoja vía ***correo electrónico*** a ***hemophilia.aph@gmail.com*** **.**

**2**. Tomarle una foto a su hoja de registro completada y enviarla mediante mensaje privado (inbox) a nuestra página de ***Facebook*** bajo *@AsociacionPuertorriquenadeHemofilia.*

**3.** Tomarle una foto a su hoja de registro completada y enviarla por **W*hatsapp***al número (787) 380-7985.