**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 participarán: (Incluya al paciente)*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre  Completo | Relación con el paciente | Edad | Sexo | Núm. de teléfono | ¿Tiene algún diagnóstico de sangrado? ¿Cuál? | Tamaño de camiseta  (t-shirt) |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

***Importante:***

El Programa Alza tu Voz comprende varias sesiones y requiere el compromiso de todos los registrados en participar según se le requiera. Una vez registrados, recibirán la guía con instrucciones y el calendario. Les pedimos que revisen periódicamente el correo electrónico. Los participantes de Alza tu voz, podrán ser familiares, cuidadores y pacientes con cualquier tipo de trastorno sanguíneo y deberán tener al menos 15 años para participar; no hay edad máxima. Pueden participar los miembros de la familia que deseen por lo cual solo se llenará una (1) hoja de registro por familia.

***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 [registro@hemofiliapr.org](mailto:registro@hemofiliapr.org).

**3.** Tomarle una foto a su hoja de registro completada y enviarla por *WhatsApp* al número (787) 647-7985.