

## HOJA DE REGISTRO

Lea y llene detalladamente toda la información solicitada:

|   |  |  |                                |
|---|--|--|--------------------------------|
| Nombre Completo del Paciente:               |  |  |                                |
| Diagnóstico:                                | Hemofilia: <input type="checkbox"/><br>Tipo: | VWD: <input type="checkbox"/><br>Tipo: | Otro: <input type="checkbox"/> |
| 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?<br>¿Cuál? | Tamaño de camiseta (t-shirt) |
|-----------------|--------------------------|------|------|------------------|---|------------------------------|
| 1.              |                          |      |      |                  |   |                              |
| 2.              |                          |      |      |                  |   |                              |
| 3.              |                          |      |      |                  |   |                              |
| 4.              |                          |      |      |                  |   |                              |
| 5.              |                          |      |      |                  |   |                              |
| 6.              |                          |      |      |                  |   |                              |

### **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.

**La fecha límite para el registro será el lunes, 17 de enero de 2022.**

Para más información sobre dicho evento, deberá buscar la página de Facebook o correo electrónico.